

予診票

ステラ歯科・口腔外科クリニック

カルテ No. _____

年 月 日

ふりがな 氏名	様	男 女	大・昭 平・令	年 月 日生
住所 〒				
電話				
勤務先 電話			ご紹介者氏名 様	

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 顎が痛い・口が開かない <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯ぐきがきになる <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 口内炎・できものがある <input type="checkbox"/> その他 ()																				
最後に歯科治療を受けたのは？	<input type="checkbox"/> 歯科医院に来るのは初めて <input type="checkbox"/> () ヶ月前 <input type="checkbox"/> () 年前																				
過去に大きな病気をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()																				
内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心臓病</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> <td><input type="checkbox"/> 腎臓病</td> <td><input type="checkbox"/> 血液疾患</td> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 喘息</td> <td><input type="checkbox"/> 肝臓疾患</td> <td><input type="checkbox"/> 肝炎</td> <td><input type="checkbox"/> 胃腸疾患</td> <td><input type="checkbox"/> リウマチ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 性病</td> <td><input type="checkbox"/> アレルギー</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> その他 ()</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 胃腸疾患	<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> 性病	<input type="checkbox"/> アレルギー				<input type="checkbox"/> その他 ()				
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病																	
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 胃腸疾患	<input type="checkbox"/> リウマチ																	
<input type="checkbox"/> 性病	<input type="checkbox"/> アレルギー																				
<input type="checkbox"/> その他 ()																					
現在治療中の病気、服用中の薬がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <tr> <td>病気名 ()</td> </tr> <tr> <td>薬 ()</td> </tr> </table>	病気名 ()	薬 ()																		
病気名 ()																					
薬 ()																					
今までに薬を飲んで、湿疹などアレルギー症状が出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <tr> <td>症状 ()</td> </tr> <tr> <td>薬 ()</td> </tr> </table>	症状 ()	薬 ()																		
症状 ()																					
薬 ()																					
以前に受けた歯科治療で、不快なことがありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 麻酔の注射をしたら、気分が悪くなった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯を抜いたとき、またはその後異常があった</td> </tr> <tr> <td>具体的に ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった	<input type="checkbox"/> 麻酔の注射をしたら、気分が悪くなった	<input type="checkbox"/> 歯を抜いたとき、またはその後異常があった	具体的に ()	<input type="checkbox"/> その他 ()															
<input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった																					
<input type="checkbox"/> 麻酔の注射をしたら、気分が悪くなった																					
<input type="checkbox"/> 歯を抜いたとき、またはその後異常があった																					
具体的に ()																					
<input type="checkbox"/> その他 ()																					
(女性の方に) 現在妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () ヶ月 <input type="checkbox"/> はっきりしないが、可能性がある ※治療中に妊娠された方は、お知らせください																				
今回の治療にあたって	<input type="checkbox"/> 悪いところを全部治したい <input type="checkbox"/> 今痛んでいるところだけを治したい <input type="checkbox"/> 医師と相談の上、考えたい																				
診療についてのご希望は？	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないところは、自費でもよい <input type="checkbox"/> 医師と相談の上、できるだけ高水準の治療を受けたい																				
治療に当たってご希望がありましたらお書きください																					