

予 診 録

エコーデンタルクリニック

平成 年 月 日 受付

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生	才
住所	〒 _____	電話	(自宅) - -	
			(携帯) - -	
勤務先 (会社名)		勤務先の 電話	- -	

以下の質問にできるだけ正確にお答えください。該当するものに チェックしてください。
当クリニックでは、貴方の健康状態を知り、より安全でより良い診療を目指しております。
個人情報 は外部に絶対に漏れないよう管理させていただきます。

☐ 受診されたのは

- 今回初めて 以前に来たことがある (約 年前) 定期検診 歯科検診で紙をもらった

☑ 受診のきっかけとなった今現在の症状とその部位、および希望する治療内容を教えてください

・部位は？(○で囲ってください)

左上	上前	右上
左下	下前	右下

・症状は？

- 歯が痛い・しみる (日前から) ⇒詳しくお聞かせください。 冷たいもので痛む・しみる
 熱いもので痛む・しみる
 かむと痛い
 何もしなくても痛い
- 歯ぐきが痛い (日前から) ⇒詳しくお聞かせください。 歯ぐきがはれた
 歯ぐきから血や膿が出た
 歯がぐらぐらする

- 「できもの」が口の中にできた
 つめもの・かぶせもの・さし歯がとれた
 入れ歯がこわれた、入れ歯の調子が変わる
 歯の形が気になる
 歯石・歯の着色が気になる
 あごの調子が悪い
 歯並びが気になる
 口が乾く、口臭が気になる
 その他 ()

・定期検診の項目にチェックをされた方にお尋ねします。前回から今日までに、お口の中で変わったことがございましたか？

- 特にない ある ()

・希望する治療についてお尋ねします。(いくつチェックしても可)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい | <input type="checkbox"/> 歯ぐきの治療をしたい |
| <input type="checkbox"/> 親知らずをみてほしい | <input type="checkbox"/> 歯を抜いてほしい |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯を作ってほしい | <input type="checkbox"/> 入れ歯をみてほしい |
| <input type="checkbox"/> 歯石や歯の着色・汚れを取ってほしい | <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい |
| <input type="checkbox"/> 歯の健康診断をしてほしい | <input type="checkbox"/> 歯ぐきの検査をしてほしい |

・治療はどのようなものをお望みですか？(いくつチェックしても可)

- いま痛んでいるところだけを治してほしい
 この機会に悪いところはすべて治してほしい
 すべて保険の範囲内で治療してほしい
 なるべく保険で、保険の利かないものは自費でもかまわない

※ 治療期間・回数、保険範囲内・外についての相談は随時受け付けております。

裏面もご記入をお願いします。

③ 過去の歯科治療についてお尋ねします

- 麻酔の注射をしたことがある
- 歯を抜いたことがある
- 麻酔をしたとき、気分が悪くなったことがある
- 歯を抜いたとき、血が止まらなかったことがある

④ 全身の健康についてお尋ねします

④-① 過去に治療した・現在治療している病気はありますか？

- ない
 - 心臓病
 - 肝臓病
 - ぜんそく
 - その他 ()
 - 高血圧
 - ウイルス性肝炎
 - 甲状腺機能亢進症
 - 低血圧または貧血
 - 腎臓病
 - てんかん
 - 糖尿病
 - 血液の病気
 - ちくのう症
- よろしければ具体的に病名を教えてください ()

④-② 食べ物や薬等にアレルギーはありますか？

- ない
- 食べ物 (食品名:)
- 金属 (種類:)
- お薬 (薬剤名:)
- 花粉・ハウスダスト
- その他 ()

④-③ 普段お飲みになっているお薬はありますか？

- ない
- ある (薬剤名:)

④-④ かかりつけの病院はありますか？

- ない
- ある (病院名:)

④-⑤ 現在、喫煙の習慣はありますか？

- 吸わない
- 吸う (1日 本)

④-⑥ 女性の方にお聞きます。妊娠をしていますか？

- ない
- ある (第 週)
- わからない

④-⑦ 小さいお子様がいらっしゃる方にお聞きます。授乳中ですか？

- いいえ
- はい⇒お子様は 才 ヶ月

④-⑧ 現在の健康状態・気分はいかがですか？

- 良好
- ふつう
- すぐれない

⑤ 診察予約の曜日・時間帯を、第1～第3希望まで下記の表へ記入してください

(①: 第1希望、②: 第2希望、③: 第3希望) 特になければ未記入で結構です。

	日	月	火	水	木	金	土
9:00～ 12:00	X				X		
14:30～ 17:00	X				X		X
17:00～ 19:00	X				X		X

但し、予約の状況によってはご希望にそえない場合もございます。あらかじめご了承ください。

以上で終わりです。受付へお出ください。
ご記入ありがとうございました。