

予診表

本日はご来院頂きましてありがとうございます

ふりがな		ニックネーム	性別	男	女
お名前		()	生年月日	平成	年 月 日
ご住所	〒 -		TEL	-	-
幼稚園・小学校名		(年 組)	携帯	-	-

どうなさいましたか？

<input type="checkbox"/> 予防で <input type="checkbox"/> 歯の健診をしてほしい <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい <input type="checkbox"/> 歯をキレイにしてほしい <input type="checkbox"/> カムカムクラブに入りたい <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 治療で <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 検診用紙をもらった <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れている <input type="checkbox"/> 歯がグラグラしている <input type="checkbox"/> 歯並びをキレイにしたい <input type="checkbox"/> お口の中をケガした <input type="checkbox"/> その他()
--	--	---

 歯医者さんにかかった事がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	→ (年 月 ころ)
 歯を抜いた事がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	→ <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> その他()
 アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	→ 食べ物の種類・薬品名をお書き下さい ()
 飲まれているお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	→ 何のお薬ですか？ (名前)
 次の病気をした事がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	→ <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息(アスピリン喘息・その他) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心臓や血管の病気
 病院に通院されていますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	→ 病院名 担当医(科) 先生
 おじいさん、おばあさんと一緒に同居されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
 誰が主に育児をしていますか？			
 ご希望等ありましたらご記入下さい			

 あなたは当院の事をどのようにしてお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> 買い物などの通り道	<input type="checkbox"/> 紹介()様より	(家族 友人 その他)
<input type="checkbox"/> 駅、道路の看板	<input type="checkbox"/> タウンページ	<input type="checkbox"/> 町の噂	<input type="checkbox"/> その他()

 あなたは当院のこのようなお話をお聞きになりましたか？

<input type="checkbox"/> むし歯や歯周病予防に力を入れている	<input type="checkbox"/> スタッフがみんな笑顔で迎えてくれる	
<input type="checkbox"/> 最新の機材がそろっている	<input type="checkbox"/> 説明をキッチリしてくれる	<input type="checkbox"/> その他()

ご協力ありがとうございました。
 この後、カウンセリングルームにて、あなたのご要望や治療に対するご要望など、ゆっくりお話をお聞かせ下さい。
 この調査事項は医学上の事柄ですので、秘密を厳守する事を申し添えます。