



CANAL COURT DENTAL CLINIC

予診表

記入日: 年 月 日

予診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは厳守致しますので、できるだけ正確にご記入ください。

ふりがな		生年月日	
氏名	様 男・女	大・昭・平	年 月 日 才
住所 〒 -			
電話番号		携帯電話番号	
メールアドレス			
■通院できる時間帯に○をしてください			
月曜日	火曜日	水曜日	木曜日
金曜日	土曜日	日曜日	
午前	午前	午前	午前
午後	午後	午後	午後
夜	夜	夜	夜
			(9時～13時30分) (15時～18時00分) (18時～20時)

■当院にお見えになったのは、	
<input type="checkbox"/> 初めて	<input type="checkbox"/> 前に来たことがある
■どうなさいましたか (該当するものはすべて選んでください)	
<input type="checkbox"/> 歯が(痛い・しみる・むし歯) <input type="checkbox"/> 歯肉が(痛い・腫れた・血が出る) <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> つめ物やかぶせ物が(はずれた・壊れた) <input type="checkbox"/> 歯の抜けたところを何とかしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない、作りたい <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> お口の中を検査したい <input type="checkbox"/> その他 ()	
■今までに以下の病気にかかったことがありますか	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病(型) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()	
■現在服用中のお薬はありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (薬名)	
※骨粗しょう症にチェックされた方へ: 過去にビスホスホネート製剤の服用の経験はありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	
■現在治療中の病気はありますか	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (病名)	
■薬の副作用やアレルギーを起こしたことはありますか	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (薬名)	
■以前、歯科治療時の麻酔で気分が悪くなったことはありますか	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ()	
■たばこは吸いますか?	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(1日 本) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(年前まで)	
■妊娠やその可能性はありますか、または授乳中ですか(女性のみ)	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠中(週目) <input type="checkbox"/> 授乳中	
■当院を何で知りましたか	
<input type="checkbox"/> 買い物に来て <input type="checkbox"/> 当院パンフレット <input type="checkbox"/> インターネットサイト【当院PCサイト 当院スマホサイト その他()】 <input type="checkbox"/> 雑誌(雑誌名) <input type="checkbox"/> 家や会社の近所 <input type="checkbox"/> 知人の紹介(紹介者名) <input type="checkbox"/> 家族が通院している(お名前) <input type="checkbox"/> その他()	
■ご希望の担当医がいればご記入ください。(歯科医師名:)	
■治療について重視されることをお選びください	
<input type="checkbox"/> 装着するつめ物・かぶせ物・入れ歯などが、できるだけ長く持つこと(耐久性) <input type="checkbox"/> 治療した箇所のむし歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること(再発リスク) <input type="checkbox"/> 自然に美しく見えること(審美性) <input type="checkbox"/> 天然の歯のようにできるだけ違和感なく噛めること(機能性) <input type="checkbox"/> 金属アレルギーなどになりにくく、できるだけ体にとって安全であること(安全性)	
■治療について該当するものを一つお選びください	
A. 上記の「重視すること」よりも、とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である。 B. 費用はできるだけ少ないほうがいいが、上記の「重視すること」も考慮した上で治療方法を検討したい。 C. 自分の状態に合った最善の治療を提案してほしい。	