年　　月　　日

再初診予診票

カルテ　No.

（フリガナ）

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所・お電話番号の変更がある方は下の枠内を記入して下さい

〒 ご住所	お電話番号:

※　この予診票は、あなたの診療の為の大切な参考資料です。できるだけ正確にご記入下さい。

◆　どうなさいましたか？

□　検診希望　□　歯の清掃希望　□　セカンド・オピニオン
□　歯ぐきがはれた・痛い　□　歯が痛い・しみる　□　虫歯治療希望
□　詰め物・かぶせ物が取れた　□　歯のない所に歯を入れたい　□　入れ歯のトラブル
□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆　処置が必要な所はどこですか？

□　右上の奥歯　□　上の前歯　□　左上の奥歯　□　あご　□　唇
□　右下の奥歯　□　下の前歯　□　左下の奥歯　□　舌　□　頬
□　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆　現在のお身体の状態はいかがですか？

□問題ない　□通院中など→＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆　現在、使用しているお薬や注射はありますか？

□ない　□あり→薬剤名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆　薬や麻酔で副作用が起こったことがありますか？

□ない　□あり→＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆　過去に大きな病気や手術などを経験されたことがありますか？

□ない　□あり→＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆　アレルギー（「かぶれ」や「じんましん」等を含む）はありますか？

□ない　□あり→＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆　1日の歯磨きについて…平均　　回の歯磨きで、1回の歯磨き時間は平均　　分

◆　1日の食事と間食（おやつ）の回数について…◇食事　　回、　◇間食　　回

◆　喫煙習慣はありますか？

□ない　□あり（　　本／日、　　歳から）　□　過去にあり（　　年間）

◆　処置範囲のご希望　□　悪い所は全部治したい　□　困っている所のみの処置希望
（↑保険診療の処置になります）

困っている所のみの処置希望の方は以下の記入不要です）

◆　処置の希望について、1つだけお選びください

□　お口の中も体の一部であることを認識していて健康を重視しているので、各種検査（有料）で現在のご自分の状態を把握し、どこを重点的にケアしたらよいか知りたい。治療方法もリスクの少ない良い方法を選択したい

□　予防にあまり関心はないが、当院推奨のお口の中のケア方法は聞いておきたい

□　歯科における保険治療のリスクは十分理解しているので、保険の効く範囲内で処置のみ希望（保険のルール外のことはできません）

正確にご記入頂き、ありがとうございました。