

年 月 日

# 再初診予診票

カルテ No.

(フリガナ)

住所・お電話番号の変更がある方

お名前

は下の枠内を記入して下さい

|          |        |
|----------|--------|
| 〒<br>ご住所 | お電話番号: |
|----------|--------|

※ この予診票は、あなたの診療の為に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？

- |                                       |                                       |                                     |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 検診希望         | <input type="checkbox"/> 歯の清掃希望       | <input type="checkbox"/> セカンド・オピニオン |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきのはれた・痛い   | <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる     | <input type="checkbox"/> 虫歯治療希望     |
| <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた | <input type="checkbox"/> 歯のない所に歯を入れたい | <input type="checkbox"/> 入れ歯のトラブル   |
| <input type="checkbox"/> その他 _____    |                                       |                                     |

◆ 処置が必要な所はどこですか？

- |                                    |                               |                                |                             |                            |
|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 右上の奥歯     | <input type="checkbox"/> 上の前歯 | <input type="checkbox"/> 左上の奥歯 | <input type="checkbox"/> あご | <input type="checkbox"/> 唇 |
| <input type="checkbox"/> 右下の奥歯     | <input type="checkbox"/> 下の前歯 | <input type="checkbox"/> 左下の奥歯 | <input type="checkbox"/> 舌  | <input type="checkbox"/> 頬 |
| <input type="checkbox"/> 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日の食事の回数について…食事 \_\_\_\_\_ 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)

◆ 処置の希望について、1つだけお選びください

- ☐ 歯科における保険診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)
- ☐ 歯科の予防はよく歯磨くことの認識なので、必要処置の実施と推奨の歯磨き方法は聞きたい
- ☐ 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チェックし、どこを重点的にケアしたらよいか知って改善したい  
そして治療方法も良い方法を選択したいので、自費治療の説明も聞きたい

下記の検査は全て実施させて頂きたい検査になります。ご了承頂ける項目に☑して下さい。

- |                                                |                                              |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 唾液からお口の中のリスク検査(¥1980) | <input type="checkbox"/> 現在の栄養状態検査(¥3300)    |
| <input type="checkbox"/> 姿勢測定分析(¥1980)         | <input type="checkbox"/> 最悪歯周病菌のPCR検査(¥3300) |

◆ 診療予約についての希望はありますか？

◇ご希望の曜日: \_\_\_\_\_

◇時間帯: \_\_\_\_\_

※ お薬書による定期健診のお知らせを希望されますか？

☐ はい

☐ いいえ