

予診表

年 月 日

| | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|-----|---------|---|-----|----|
| フリガナ | ----- | | | 性別 | 生 年 月 日 | | | 年齢 |
| お名前 | | | | 男 女 | 平成 | 年 | 月 日 | 歳 |
| 現住所 | 〒 電話 () | | | | | | | |
| 学校名 | 〒 電話 () | | | | | | | |
| 当院を知ったきっかけ | ご紹介者 () 様 <input type="checkbox"/> 医院を直接見て <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |

次の事柄は、よりよい診療を行うための大切な資料となります。お手数ですが該当するものにチェックをつけてお答えください。 尚、問診表に記入された個人情報は秘密厳守いたします。

| | | | |
|------------------|--|---|--------------|
| どうしましたか？ | <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> 検診してほしい <input type="checkbox"/> 予防・フッ素塗布 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 | | |
| 次の病気にかったことは | ない ・ ある | <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 病名 () | |
| 飲んでいるお薬は | ない ・ ある | 薬名 () | |
| 薬を使って異常は | ない ・ ある | <input type="checkbox"/> 抗生物質 (ペニシリン) <input type="checkbox"/> 麻酔薬 (キシロカイン) <input type="checkbox"/> ビリン系 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 歯の治療で具合が悪くしたことが | ない ・ ある | | |
| 歯磨きの習慣 | 1日 回 (朝 昼 夜) | 歯みがき粉の使用 | ない・ある |
| | 保護者の仕上げ | ない・ある | フッ素の使用 ない・ある |
| 間食について | 1日 回くらい | 好きな物 () | |
| よく飲むものは | <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> スポーツドリンク <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 気になる癖は | ない ・ ある | <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 唇をかむ <input type="checkbox"/> はぎしり <input type="checkbox"/> くちが開いている <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 予約時間について | <input type="checkbox"/> いつでも来られる <input type="checkbox"/> 来られる時間が限られる → | | |
| ご要望がありましたらお書き下さい | | | |



Tanimoto Dental Clinic
タニモト歯科クリニック