

# 歯科予診録

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい		<input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯ならびをなおしたい	
当院におみえになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて		<input type="checkbox"/> 前に来たことがある _____ カ月位前 _____ 年位 前	
どこが痛みますか	右上 右下	上前 下前	左上 左下	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顎
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて		日前から	<input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
昨夜は	<input type="checkbox"/> いたくない <input type="checkbox"/> 眠れない		<input type="checkbox"/> 痛いが眼れた <input type="checkbox"/> くすりをのんだ	くすりのなまえ ( )
今は	<input type="checkbox"/> いたくない		<input type="checkbox"/> 少し痛い	<input type="checkbox"/> ひどく痛い
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり		<input type="checkbox"/> ズーと痛い	<input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い
冷いものは	<input type="checkbox"/> しみる		<input type="checkbox"/> しみない	
熱いものは	<input type="checkbox"/> しみる		<input type="checkbox"/> しみない	
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		□最近抜いたのは _____月前	_____年前
抜歯時に異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 血が止らなかった <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた)	<input type="checkbox"/> 貧血を起した <input type="checkbox"/> 熱が出た ( )
薬をのんで副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> かゆくなる)	<input type="checkbox"/> 発疹ができる ( )
今薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いない		<input type="checkbox"/> いる	
注射をして異常はありませんか	<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある	
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> かぶれ易い <input type="checkbox"/> ぜんそくがある)	<input type="checkbox"/> じんま疹ができる ( )
内科的の病気はありませんか	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 腎臓		<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> なし
その他とくべつのことはありませんか	<input type="checkbox"/> 妊娠 _____ カ月			
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今痛んでいる所だけなおしたい			
診療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲でおながしたい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないところは自費でおながしたい <input type="checkbox"/> 自費でもかまわない			
診療費について	<input type="checkbox"/> 予め概算を聞いておきたい <input type="checkbox"/> その必要はない			
紹介者	希望事項			
連絡先電話 ( )	なまえ (署名)			