

# 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"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯ならびをなおしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>右上   上前   左上</span> <span>右下   下前   左下</span> </div>	<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"/> 痛みが眠れた <input type="checkbox"/> くすりをのんだ	(くすりのなまえ _____)
今 日 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	<input type="checkbox"/> 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"/> 貧血を起した <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <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"/> 発疹ができる <input type="checkbox"/> かゆくになる       )	
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"/> じんま疹ができる <input type="checkbox"/> ぜんそくがある       )	
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 <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なおしたい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないところは自費でなおしたい <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)		