

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に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		
次の病気にかかったことは	<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"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 病名 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
飲んでいるお薬は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬名 ()		
薬を使って異常は	<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"/> ピリン系 (鎮痛剤) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
歯の治療で具合を悪くしたことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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	<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 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
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