

年 月 日

# 初診予診票

カルテ No.

(フリガナ) お名前	男 女	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日	年齢 歳
〒 ご住所		お電話番号	
ご勤務先	ご来院の きっかけ	ご紹介(ご紹介者名 ホームページ・看板・その他( ) )	

※ 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。

下記は全て現在の状態把握のため、実施させて頂きたい検査です。ご了承頂ける項目に☑して下さい。

- 姿勢測定分析(¥1980)
  量子共鳴磁気分析による健康検査(¥3300)
  最悪歯周病菌のPCR検査(¥3300)
  唾液による虫歯などのリスク検査(¥1980)

◆ どうなさいましたか？

- 検診希望
  歯の清掃希望
  セカンド・オピニオン  
 歯ぐきがはれた・痛い
  歯が痛い・しみる
  虫歯治療希望  
 詰め物・かぶせ物が取れた
  歯のない所に歯を入れたい
  入れ歯のトラブル  
 その他 \_\_\_\_\_

◆ 処置が必要な所はどこですか？

- 右上の奥歯
  上の前歯
  左上の奥歯
  あご
  唇  
 右下の奥歯
  下の前歯
  左下の奥歯
  舌
  頬  
 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)

◆ 治療方法について

- 将来を見据えて、健康を維持していく為に最善の方法で、治療が受けたい(自費治療)  
 自費治療・保険治療の両方の説明を聞いてから、決めたい  
 歯科における保険治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治療希望  
 (保険のルール外のことはできません)

◆ 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: \_\_\_\_\_

正確にご記入して頂き、ありがとうございました。