

年 月 日

再初診予診票

カルテ No.

(フリガナ)

ご住所・お電話番号の変更がある
方は下の枠内を記入して下さい。

お名前

〒 ご住所	お電話番号：
----------	--------

※ この予診票は、あなたの診療の為の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。

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

◆ どうなさいましたか？

- 健診希望 歯の清掃希望 つめ物・かぶせ物 が取れた
 虫歯治療希望 歯ぐきがはれた・痛い 歯が痛い・しみる
 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 _____

◆ 歯の治療は初めてですか？ 初めて 経験がある

◆ 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日の歯磨きについて・・・平均 _____ 回の歯磨きで、1回の歯磨き時間は平均 _____ 分

◆ 1日の食事と間食（おやつ）の回数について・・・◇食事 _____ 回、◇間食 _____ 回

◆ 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： _____