

# 予 診 表

押上ファースト歯科

フリガナ		男・女	大・昭・平	血液型
氏名			年 月 日生	型
現住所	〒	電話番号 ( ) 携帯番号(緊急連絡先として) ( )		
ご職業		ご紹介者		
E-mail	治療のお知らせをメールにてお知らせしております。			
※必ずご記入下さい	@			

どうなさいましたか (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い( <input type="checkbox"/> わずかに < <input type="checkbox"/> 軽く < <input type="checkbox"/> かなり < <input type="checkbox"/> 強く < <input type="checkbox"/> 耐えられない程 ) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた・血が出る <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> お口のクリーニングがしたい <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 親知らずが気になる <input type="checkbox"/> 口内に何かできた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯を入れてもらいたい <input type="checkbox"/> その他( )
治療を受けられるのは	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> (    ヶ月ぶり ) → <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 途中で止めた <small>年ぶり</small>
当医院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からのご紹介 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> 雑誌・広告を見て(広告名: ) <input type="checkbox"/> その他( )
診療について ご希望があれば (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 痛い、あるいは困っている部分だけを治療したい <input type="checkbox"/> できるだけ保険診療範囲内で治療を受けたい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治療したい <input type="checkbox"/> より良い治療法があれば自由診療(保険外)でもかまわない <input type="checkbox"/> むし歯や歯周病になりにくい口腔内環境をつくりたい、予防歯科に興味がある <input type="checkbox"/> その他、ご要望ございましたら( )
予約についての ご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前    時頃 <input type="checkbox"/> 午後    時頃 ・来院できる曜日    ( 月 / 火 / 水 / 木 / 金 / 土 )
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 不良 (病名: ) ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 現在妊娠中 (    ヶ月)
現在飲んでいる薬は	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる ( )
たばこは吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日    本くらい    歳頃から)

はみがき回数は	1日( )回 ( )分 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ以外の清掃補助器具の使用
あなたの体質は	<input type="checkbox"/> アレルギーがある [ 麻酔薬 ・ 抗生物質 ・ ピリン系薬剤 ・ その他( ) ] <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> しっしん <input type="checkbox"/> じんましん
血液検査について	<input type="checkbox"/> 受けたことがない <input type="checkbox"/> 受けたことがある (いつ頃ですか: )
血圧の状態は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い [ 最高: 最低: ]
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝炎( 型肝炎 ) <input type="checkbox"/> その他( )
右記疾患に該当しますか	<input type="checkbox"/> 高血圧性疾患 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他( )
どのような治療に興味がありますか	<input type="checkbox"/> 子供の矯正、成人矯正 <input type="checkbox"/> 白いかぶせもの、詰めもの <input type="checkbox"/> 予防、メンテナンス <input type="checkbox"/> インプラント治療 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 目立たない入れ歯

当医院にて診療を行うにあたり、下記事項についてお願い申し上げます。

ご理解、ご了承の上、チェックをお願いします。

不明点、疑問点等ございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。

キャンセルについて

予約時間の変更やキャンセルを行う場合は、前日 18 時までには電話連絡もしくはメールにてご連絡ください。  
万が一ご連絡がない場合には、キャンセル料が発生する場合がございますので、ご注意ください。

遅刻について

ご来院時刻がお約束時刻よりも大幅に遅れてしまいますと、場合によっては当日の治療等が受けられなくなってしまう場合がございますので、あらかじめご連絡頂けますようお願いいたします。

エチケットについて

治療前にあたり、下記事項にご留意下さい

- ・ 歯をみがく
- ・ 口紅を落とす
- ・ においの強い食事を控える

治療方針について

当医院の診療方針に基づき、治療を行うことに同意致します。