

予 診 表

押上ファースト歯科

フリガナ		男	大・昭・平	血液型
氏名		女	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。ご希望の方は、ご記入下さい。			

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯がいたい <input type="checkbox"/> 歯肉がいたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない / 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯ならびが悪い <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> その他()
当医院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> バス案内 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 電柱・駅看板を見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> 雑誌・広告を見て(広告名:) <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"/> (年ぶり)
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治療してほしい <input type="checkbox"/> なるべく保険内で、より良い治療法があれば自費(保険外)でもかまわない <input type="checkbox"/> 自費の場合、自分の歯についてのカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい <input type="checkbox"/> その他、ご要望ございましたら()
予約についてご希望があれば	・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 / 日)
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"/> 妊娠中(ヶ月)
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()
あなたの体質は	<input type="checkbox"/> アレルギー [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
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 ()
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()
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:]
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:)
はみがき回数は	1日()回
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)
どのような治療に興味がありますか	<input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 白いかぶせもの・詰めもの <input type="checkbox"/> 小児矯正・成人矯正 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 金属床・目立たない入れ歯 <input type="checkbox"/> 予防・メンテナンス