

MIYAMOTO DENTAL OFFICE

予診カード

No. _____ 年 月 日

お名前 _____ 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日 (歳)

ご住所 〒 _____ TEL _____

ご職業 _____ ご勤務先 _____ TEL _____

携帯 TEL _____ E-mail(1) _____ @ _____ (携帯・PC)

E-mail(2) _____ @ _____ (携帯・PC)

該当する項目に○をお付けください。

●当診療室にお見えになったのは (複数可) ●知人・ご家族の紹介 ご紹介者 _____ 様

●タウンページ ●診療室前の看板 ●ホームページ
●その他 (_____)

●どうなさいましたか? (複数可) ●歯が痛い ●詰め物がとれた ●歯の清掃をしてほしい
●歯肉が痛い ●入れ歯を作りたい ●インプラント治療希望
●出血がある ●歯並びを治したい ●検査をしてほしい
●ホワイトニング希望 (ホーム・オフィス・相談したい)
●その他 (_____)

●現在痛みがございますか? ●ない ●ある

右上	上前	左上
右下	下前	左下

●現在の健康状態は? ●よい ●やや悪い ●悪い
●女性の方は現在妊娠中ですか? ●いいえ ●はい (_____ カ月)
●現在医師にかかっていますか? ●いいえ ●いる (_____ 科)
●病気をなされたことがありますか? ●ない ●ある (現在・過去 _____ 年前)
●心臓 ●胃腸 ●肝臓 ●腎臓
●高血圧 ●低血圧 ●糖尿病 ●鼻・喉・耳
●その他 (_____)

●血圧は? ●正常 ●高い ●低い ●不明
最後に計ったのはいつ? (月 日) 数値 (_____ / _____)

●現在何か薬を使用していますか? ●いない ●いる (薬品名 _____)
●薬のアレルギーはありますか? ●ない ●ある (薬品名 _____)
●今までに麻酔注射の時や
歯を抜いた時に異常はありませんでしたか? ●ある ●血が止まりにくい ●気分が悪くなる
●その他 (_____)

●歯や歯ぐきのお手入れに何を
お使いですか? (複数可) ●歯ブラシ ●電動歯ブラシ ●糸ようじ(デンタルフロス)
●歯間ブラシ ●その他 (_____)

●歯みがきの時に歯ぐきから出血しますか? ●しない ●する

●治療に対するご希望は? (複数可) ●痛いところだけ治したい。
●悪いところはすべて治したい。
●症状の有無にかかわらず全体的な歯の状態について詳しく話が聞きたい。
●1回の治療時間は長くても、治療の回数が少ないほうが良い。
●治療の回数は増えても、1回の治療時間を短くして欲しい。
●保険の範囲内で治したい。
●なるべく保険の範囲内で、保険の範囲外は相談の上自己負担しても良い。
●その他 (_____)