

# 予診表 星野歯科駒沢クリニック 03-5486-8440 年 月 日

フリガナ 氏名		住所	〒 -
性別	男 ・ 女	自宅電話	- -
生年月日	年 月 日	携帯電話	- -
勤務先名		勤務先電話	- -
ご紹介者の氏名	_____様 <input type="checkbox"/> 御家族 <input type="checkbox"/> 御友人 <input type="checkbox"/> 職場関係者 <input type="checkbox"/> その他		
ホームページ	<input type="checkbox"/> 見ていない <input type="checkbox"/> 部分的に見た <input type="checkbox"/> 詳しく見た		
どうなさい ましたか	<input type="checkbox"/> インプラントをしたい <input type="checkbox"/> かぶせ物や詰め物を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> 漂白(ホワイトニング)をしたい <input type="checkbox"/> ワイヤー矯正で <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> マウスピース矯正で <input type="checkbox"/> 虫歯の予防をしたい(細菌検査) <input type="checkbox"/> かぶせ物で <input type="checkbox"/> 歯石・ヤニ・着色(茶シブ)の除去 <input type="checkbox"/> セカンドピニオン <input type="checkbox"/> その他( )		
痛むところは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> その他		
いつから	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> __日前から <input type="checkbox"/> __ヶ月前から		
今は	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い		
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 噛むと痛い <input type="checkbox"/> 触れると痛い <input type="checkbox"/> 冷たいものが痛い <input type="checkbox"/> 温かいものが痛い		
抜歯をした事	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 乳歯 ・ 永久歯 ・ 親知らず )		
歯を抜いた時 何か異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 血がとまらなかった <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> 何日も痛みがあった <input type="checkbox"/> 熱が出た		
麻酔で異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
特異体質や アレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー( ) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 貧血をおこしやすい <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> その他( )		
内科健康診断	<input type="checkbox"/> 1年以内に受けていない <input type="checkbox"/> 1年以内に受けた		
今までに された病気	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> 血液病 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺( ) <input type="checkbox"/> シェーグレン症候群 <input type="checkbox"/> 高血圧( ) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
服用中の薬は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )		
鼻の病気は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 上顎洞炎(蓄膿症)		
骨粗鬆症は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 現在妊娠__ヶ月 <input type="checkbox"/> 現在授乳中		
飲酒について	<input type="checkbox"/> あまり飲まない <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に__回 1回あたりの量は_____を_____ぐらい		
喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 1日に__本 喫煙歴__年		
治療範囲は	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 今1番気になるところだけで良い		
予約のご希望	<input type="checkbox"/> 月 火 水 木 金 土 午前__時頃 午後__時頃		
駐車場の利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある		
その他ご要望			

