

# 予 診 表

ふりがな

氏名

電話

No.

年

月

日

予診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは個人情報保護法に基づき厳守いたしますので、できるだけ正確に記入して下さい。

- 1** どうなさいましたか  
ムシ歯の治療をしたい 歯ならびを治したい  
義歯を入れたい 検査をしてほしい  
歯の清掃をしてほしい
- 2** 当院にお見えになったのは  
はじめて 前に来たことがある カ月前  
紹介されてきた 年位前  
 (ご紹介者名 )
- 3** どこがお痛みですか  

右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌
右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 唇
			<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 顎
- 4** 痛みほどのくらい前から続いていますか  
今日 はじめて 日前から 週間前から  
カ月前から 時々
- 5** 昨夜は  
痛くない 痛い が眠れた 眠れなかった  
くすりを飲んだ (薬品名 )
- 6** 今は  
痛くない 少し痛い ひどく痛い
- 7** 痛み方は  
ズキズキ痛い ズーツと痛い 歯を合せると痛い  
痛んだり止んだり
- 8** 冷たいものは  
しみる しみない
- 9** 熱いものは  
しみる しみない
- 10** 今までに歯を抜いたことがありますか  
ない ある カ月前 年前
- 11** 今までに麻酔注射をしたり歯を抜いた時に異常はありませんでしたか  
麻酔や歯を抜いたことがない 異常なかった 気分が悪くなった  
熱が出た 何日か痛んだ 貧血めまいを起した アレルギーが出た  
抜歯後腫れた 血が止まらなかった その他
- 12** 現在常用している薬はありますか  
ない ある (薬品名 )
- 13** 薬を飲んで副作用はありませんか  
ない ある 胃が痛くなる 発疹が出来る  
かゆくなる その他  
 副作用のあった薬名・種類 ( )
- 14** アレルギーや特異体質はありませんか  
ない ある かぶれやすい ぜんそくがある  
じんま疹が出る 鼻がつまる その他
- 15** 抗生物質、副腎皮質ホルモン剤の使用経験はありますか  
ない ある わからない
- 16** 現在受療中、または過去一年以内に医者にかかったことがありますか  
ない ある ( 医院 病院 科 )
- 17** 内科的な病気はありませんか  
心臓 腎臓 高血圧 肝炎  
低血圧 糖尿 ない
- 18** 現在の健康状態は(男・女) 女性の方のみ……  
良好 普通 悪い  
生理中 妊娠中 ( カ月 )
- 19** 治療内容・費用についてご希望がございましたらご記入下さい  
保険のきく範囲で治したい なるべく保険で一部自費でもかまわない  
最も良い材料と方法で治したい  
痛むところだけ治療希望 悪いところ
- 20** 診療費について  
予め概算を聞いておきたい その必要はない

# 矯正問診票

○今現在一番気になる状態はどこですか？

(

○以下の中である癖に印をつけてください

- 口をあけている 鼻が詰まっている はぎしり おえっとなりやすい うつ伏せ、横寝  
いびき おねしょ 猫背 ほおづえ 多動 反抗的 無意欲  
集中力散漫

○内科的な疾患、アレルギーはありますか？

- 心疾患 てんかん 喘息 中耳炎 アデノイド 頭痛 アトピー  
その他( )

○趣味、習い事やスポーツを教えてください(今後する予定も)

(

○親族で同様の歯並びの悪い人はいますか？

(

○当院の矯正治療はどのようにしてお知りになりましたか？

(

○当院のHPでの矯正のページはすでに見ていますか？

(

○どのような治療が希望かお知らせください。

- 1:なるべく治療費を抑えたい
- 2:精密な診断と治療内容をしっかり説明されたい
- 3:治療金額にかかわらず最高の結果を求めたい。
- 4:耳鼻科、呼吸領域の改善を期待したい。
- 5:顔貌の改善を期待したい。