

平成 年 月 日 予

診

表

フリガナ		男	生年月日						
氏名		女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)						
ご住所	〒	電話番号 携帯番号							
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる ズキズキ痛い かむと痛い はれた その他) <input type="checkbox"/> むし歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯並びが悪い <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他()								
<table border="1" style="width: 100px; height: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>左上奥</td> <td>上前歯</td> <td>右上奥</td> </tr> <tr> <td>左下奥</td> <td>下前歯</td> <td>右下奥</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">↑ 気になる所があれば○で 囲んで下さい</p>	左上奥	上前歯	右上奥	左下奥	下前歯	右下奥			
左上奥	上前歯	右上奥							
左下奥	下前歯	右下奥							
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 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> いつでも								
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※ 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"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> その他()								
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンがしやすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎になりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏(薬品名:) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他()								
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他()								
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()								
血液型は	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 分からない								
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:								

予 診 表

小

ふりがな		男	生年月日	年	月	日
氏名		女	ニックネーム	(歳)		
住所	〒	電話番号				
		携帯番号				
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい <input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる ズキズキ痛い かむと痛い はれた その他) <input type="checkbox"/> むし歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯並びが悪い <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> その他()					
ご予約についてのご希望は？	・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 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土					
今日の体調は？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良					
今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 耳・鼻・咽喉 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他()					
体質について次のようなことがありますか？	<input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> ジンマシンが出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎になりやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬過敏(薬品名:) <input type="checkbox"/> その他()					
血液型は？	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 分からない					
歯科経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> フッ素 <input type="checkbox"/> シーラント <input type="checkbox"/> 歯みがき指導 <input type="checkbox"/> ない					
歯みがきについて	<input type="checkbox"/> 1日 回 → 仕上げ磨き(あり・なし) / フロス(あり・なし)					
間食について	<input type="checkbox"/> する → 1日 回 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時間を決めている <input type="checkbox"/> 時間を決めていない					
よく食べるおやつはなんですか？	<input type="checkbox"/> あめ <input type="checkbox"/> ガム <input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> せんべい <input type="checkbox"/> スナック菓子 <input type="checkbox"/> ラムネ菓子 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> その他()					
よく飲む飲み物はなんですか？	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> スポーツ飲料 <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> その他()					

お子様のお口の事で気になる事・質問したい事があればご記入下さい。

(

)