歯科 さくらクリニック
SAKURA DENTAL CLINIC

予診表

来院日　　年　　月　　日
カルテNo.

秘

ふりがな		男・女	生年月日	明・大 昭・平　　年　　月　　日	ご紹介者　　様
氏　名					
現住所	〒　　Tel.　　E-mail				
勤務先名（学校名）		勤務先住所（学校住所）	〒　　Tel.		

以下の質問は、あなたの歯科治療を行うにあたって必要な資料を得るためのものです。個人的な秘密は厳守いたしますので、正確にお答えください。

どうなさいましたか	□ 虫歯の治療をしたい　□ 歯石をとって歯の清掃をしてほしい □ つめていたものがとれた　□ 検査をしてほしい □ 入れ歯を入れたい　□ 歯並びが気になる　□ その他（　　）
どこが痛みますか	□ 右上奥　□ 前上　□ 左上奥 □ 右下奥　□ 前下　□ 左下奥　□ 頬　□ 舌　□ 唇　□ 顔　□ その他
当院に来られたことは	□ ない　□ ある（　　ヶ月位前・　　年位前）
歯を抜いたことがありますか	□ ない　□ ある（　　位前）　□ わからない
その時（歯を抜いた時）異常はありませんでしたか	□ ない　□ ある　□ わからない （血が止まらなかった、何日も痛んだ／貧血を起こした、熱が出た）
麻酔等の注射をして異常はありませんでしたか	□ ない　□ ある　□ わからない
薬を飲んで副作用はありませんか	□ ない　□ ある　□ わからない （胃が悪くなる、発疹が出る、かゆくなる／その薬品名（　　））
現在何かの薬を飲んでいますか	□ ない　□ いる　その薬品名（　　）
特異体質やアレルギーはありませんか	□ ない　□ ある　□ わからない （かぶれやすい、じんましんが出る／ぜんそくがある）
内科的な病気はありませんか	□ ない　□ ある　□ わからない （心臓病、高血圧・低血圧（最高　／　最低）／肝臓病、糖尿病、B型肝炎、C型肝炎／その他（　　））
現在の健康状態は	□ 良好　□ 普通　□ 不良　（女性の方）□ 生理中　□ 妊娠　　ヶ月
この機会に	□ 悪い所は全部治したい　□ 痛い所だけでよい　□ 相談してきめたい
診察についてのご希望は	□ 保険の範囲内で治したい □ なるべく保険で、保険のきかない所は自費でもかまわない □ 自費で治療を行いたい
治療の回数について	□ 一回でなるべく多く治療して回数を減らしたい □ 回数は何回かかってもゆっくり治療を進めたい

ご来院のご都合のよい曜日・時間帯

	月	火	水	木	金	土	日
AM 10:00～PM 1:00							
PM　2:30～PM 4:00							
PM　4:00～PM 8:00							

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	□ 知人の紹介（ご紹介者のお名前　　様） □ 家の近くだから　□ 職場の近くだから　□ ホームページを見て　□ チラシを見て □ 雰囲気が良さそうだから　□ その他（　　）
他に、ご希望があればお書き下さい	

治療に関しての質問

今までに受けた治療で以下に書いてある様な経験をされた方は、○印をつけて下さい。

1.とても痛い思いやこわい思いをした
2.治療中気分が悪くなったりショックや貧血を起こした
3.治療した歯がすぐだめになった
4.一本の歯を治すのに何回も通わねばならなかった
5.つめたものがすぐとれた
6.待ち時間が長かった
7.先生や女性の従業員が不親切でいやな感じがした
8.治療費が高すぎると思った
9.よく相談にのってくれなかった
10.時間の都合が医院と折り合わず通うのに苦労した