

# 予 診 録

年 月 日

ふりがな 氏 名		生年月日	T・S・H・R	年 月 日
住 所		自宅		
		携帯		
勤務先		電話		

お尋ね事項	お答え（該当の数字を○で囲んでください）
来院された理由	1. インプラント（人工歯根） 2. 痛みがある 3. 虫歯の治療 4. 歯を入れたい 5. 歯の色が気になる 6. 歯並びを治したい 7. 義歯の調子が悪い 8. 歯ソーノーローの治療 9. 口臭が気になる 10. その他（ ）
どこが痛みますか？	1. 歯 2. 歯ぐき 3. あご 4. 歯が動く 5. 腫れている 6. 血がでている
どの場所が痛みますか？	1. 右上 2. 前上 3. 左上 4. 右下 5. 前下 6. 左下
いつから痛みますか？	1. 今日から 2. （ ）日前から
痛みかた、症状は？	1. 痛んだりやんだり 2. ズキズキ痛い 3. かむと痛い 4. 重苦しく痛む 5. しみる（冷・熱・甘） 6. 物をかみにくい 7. 口が開けにくい 8. あごの音が気になる
歯を抜いたことは？	1. ある（ 年 月頃） 2. ない
歯を抜いたとき異常は ありませんでしたか？	1. なかった 2. 血が止まらない 3. 熱が出た 4. 貧血をおこした 5. 何日も痛みが続いた 6. 麻酔がききにくい、又はきかなかった
全身の健康状態は？	1. 普通 2. 良くない（病名 ） 3. 妊娠中（ カ月） 4. 授乳中 5. 生理中
血圧はどうですか？	1. 正常 2. 高い（上 ） 3. 低い（上 ） 4. 不明 （下 ） （下 ）
あなたの体質は？	1. 正常 2. 特異体質（ぜんそく・しっしん・じんましん） 3. 血が止まりにくい 4. 麻酔がききにくい

今までに かかった病気は？	1. 心臓 2. 腎臓 3. 肝臓 4. 肝炎 5. 糖尿病 6. リウマチ 7. 貧血 8. その他 （ ） 現在は、 治ゆ・中止・治療中（ ） 病院)
服用中のお薬は ありますか？	1. ある（ ） 2. ない
お薬や注射で、 湿疹ができたり、 異常が起きた事は？	1. ある（ ） 2. ない
診療についての ご希望は？	1. 悪い所はすべて治したい 2. 応急処置のみ 1. 予め、予算を聞いた上で判断したい 2. 保険でできない所は自費にて 3. 自費で治したい 4. すべて保険で治したい
ご希望の治療コースは？	1. 集中治療 一日の治療時間は長くてもいいので（2～3時間程度） 短期間で済ませたい（概ね 年 月頃まで） 2. 一般治療 一日の治療時間は短く（30分～1時間程度）多少日数が かかっても構わない（概ね 年 月頃まで） ご希望の曜日は（ 曜日） 時間帯は（朝・昼・夕）
当歯科をどのようにして お選びになりましたか？	1. 新聞・雑誌 2. 電話帳 3. 近所 4. 夜遅くまで治療しているから 5. 検診 6. ホームページを見て 7. その他（ ） 8. ご紹介（ ）様

～ Keep your Smile ～ 素敵な笑顔は あなたの魅力



## 春日原駅前歯科医院

### 南福岡インプラントセンター

福岡県春日市春日原北町3-58-1-2F TEL 092-915-0222