

賢歯科医院 予診票		記入日		年	月	日
患者氏名	ふりがな			性別 男・女		
	様					
生年月日	大・昭・平・令			年	月	日 (歳)
ご住所	〒			TEL		
アドレス	(PC・携帯)					
勤務先				ご職業	TEL(勤務先・携帯)	
以下、複数選択可						
来院のきっかけは <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介(紹介者:) <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 評判をきいて <input type="checkbox"/> 医院前を通過して <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介: 病院名 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
※以下、診断や安全な治療・薬の選択をするのに重要な項目なので詳細なご記入にご協力ください						
どうなさいましたか ()						
おおよその場所に○をつけてください 			どこが () いつから () どんな時に () どんなふうに () 頻度は () 最後に歯科受診したのは () 例: 1カ月前、半年前、初めて等 その時は治りましたか <input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 途中でやめた <input type="checkbox"/> その他 () 麻酔の注射をしたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある : その時異常は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () 歯を抜いたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある : その時異常は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () 注射・採血・血液を見て気分が悪くなったことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()			
現在かかっている 病院や服用中の薬が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある *市販薬服用中の方も 薬名に記入ください。 記入しきれない方は 別紙をお渡します。		病院名(病名)⇒担当医名 ① ⇒Dr. ② ⇒Dr. ③ ⇒Dr. 薬名 _____ _____ *お薬手帳・薬情をお持ちの方はご提出頂き、薬名は記入不要です。			お薬手帳・ 薬情が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 忘れた	
現在または過去にか かった事のある病気が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 (/) <input type="checkbox"/> 感染症【HIV・肝炎B・肝炎C・梅毒・その他 ()】 <input type="checkbox"/> 肝臓病 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
体質やアレルギーや薬 で副作用が出たことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 薬・注射 () <input type="checkbox"/> 食べ物・その他 ()				
現在の健康状態は <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()						
女性のみ 妊娠 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () 週 授乳 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 断乳は⇒ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
治療に対する希望 <input type="checkbox"/> 希望の所だけ <input type="checkbox"/> 悪いところは全部 <input type="checkbox"/> まだ決めていない						
その他						
チェックをお願いいたします⇒ <input type="checkbox"/> 保険証・お薬手帳のコピーを取ることを承諾します ※情報は診療にのみ使用いたします						