



予診票

当院での診療の参考にさせていただきますので、下記の質問にできるだけ正確にお答えください。  
 個人のプライバシーは厳守いたします。

令和 年 月 日

フリガナ  
 御氏名 年齢 才 昭・平・令 年 月 日生

御住所 〒



会社名 緊急連絡先（携帯等）

歯科オノザワをどのようにして お知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 （紹介者様のお名前： _____ 様） <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
今まで他の歯科医院へ 通われていましたか	<input type="checkbox"/> はい →当医院へ変えられた理由はございますか （ _____ ） <input type="checkbox"/> いいえ →当医院への要望・希望すること （ _____ ）
どうなさいましたか （いくつでも可）	<input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせがとれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 汚れや歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> マウスピースを作りたい <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
現在のお体の状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 不良（具体的に _____ ）
現在治療されている病気・持病 過去にかかられた病気等は ございますか	<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"/> 結核 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 大腸の病気 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 特になし
これまで受けた手術・麻酔の起用歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある （内容 _____ ）
輸血されたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある （理由 _____ ）
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある （ _____ 年前頃）
血圧はどれぐらいですか	<input type="checkbox"/> 高め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低め <input type="checkbox"/> 分からない （最高血圧 _____ 最低血圧 _____ ）

現在飲まれているお薬はありますか	<input type="checkbox"/> はい →お薬の名前・種類を教えてください * 分からない場合は、次回お薬手帳または名前の分かるものをご持参ください ( ) <input type="checkbox"/> いいえ
薬を飲んでの副作用は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (胃痛・発疹・かゆみ・その他) ( ) <input type="checkbox"/> 薬品名 ( )
漢方・サプリメントの服用は	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している ( )
よく飲まれる物はございますか	<input type="checkbox"/> はい (お茶・紅茶・コーヒー・ジュース・お酒) その他 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ
歯磨きは1日何回しますか	1日 回 (起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前・その他) ( ) 1回あたりの時間 分程度 使う物 → ( <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・ <input type="checkbox"/> フロス・ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ・ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ) その他 ( )
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠 ( 月) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠を考えている <input type="checkbox"/> その他 ( )
タバコは吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 以前吸っていた ( 年前まで) <input type="checkbox"/> 吸っていない
特異体質やアレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (花粉・アトピー・喘息・その他) ( )
新型コロナウイルス感染症のワクチンは接種されましたか	<input type="checkbox"/> はい (今までに 回接種した) 最後に接種した年月→ 令和 年 月 接種後に副反応・体調の変化があった場合、お書きください(例：帯状疱疹等) ( ) <input type="checkbox"/> 一度も接種したことがない
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部直したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ
診療については	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 必要な時は相談の上一部自費と保険を併用してもよい <input type="checkbox"/> 自費のみ <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治してほしい
最後の歯科受診はいつですか	
その他気になることやご要望等ございましたらご記入ください	