

# 予診表

No.
年 月 日

フリガナ	生年月日
お名前	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)
ご住所 〒	電話番号 ご自宅
	携帯電話
	メールアドレス

【 以下の質問の該当する項目にチェックマーク☑と必要事項をご記入ください。】

◎本日はどうなさいましたか。

- インプラントについて聞きたい
- 歯並びを治したい
- 歯の色を治したい       歯の形を治したい
- 歯が痛い       歯石を取りたい       検診をしてほしい       歯ぐきが痛い
- 口臭が気になる       虫歯がある       歯周病を治したい       つめ物がはずれた
- 新しい入れ歯を入れたい       入れ歯が痛い       入れ歯を治したい
- その他 ( )

◎当院をどちらでお知りになりましたか。

- 建物を見て       知人から聞いて→よろしければその方のお名前 (      様)
- 家族から聞いて       ホームページを見て       メール相談より       電話相談より
- 小冊子を見て
- インプラントセミナーに参加して (場所      会場      参加日      月      日)
- 電話帳を見て
- その他 (      )

◎歯を抜いたことがありますか。

- ある       ない
- 「ある」とお答えの方、その時異常はありませんでしたか。
- あった ( 血が止まらなかった ・ 熱が出た ・ 貧血を起こした ・ 痛みが長く続いた )
- なかった

◎何かご病気をされたことはありますか。

- ある       ない
- 「ある」とお答えの方、どのようなご病気でしょうか。
- 心臓病       高血圧       肝臓病       腎臓病       糖尿病       ぜん息
- その他 (      )
- HIV       肝炎

◎何か現在飲まれているお薬はありませんか。

(      )

◎特異体質やアレルギー (飲み薬・食べ物等) はありますか。

- ある (      )
- ない

## ◎その他、特別なことはありますか。

- ない  妊娠 ( ) ヶ月  その他 ( )

## ◎本日はどれくらい時間がとれますか。

- ①特に時間制限はない  
 ② ( ) 時 ( ) 分までには終わってほしい

## ◎通院が必要となった場合どのくらいの頻度で通院できますか。

- ①今日しか来られない  
 ②1ヶ月に1回ぐらい  
 ③1～2週間に1回ぐらい  
 ④1週間に1回以上  
 ⑤その時の状況によって  
 ⑥ ( ) 月 ( ) 日までしか来られない

## ◎治療するにあたって何を一番重要視されますか。

- とにかくすぐに歯を入れたい (時間最重視)  
 時間がかかっても確実な方法がいい (確実性最重視)  
 どんなによく噛めるかより、見た目の方を重視する (見た目最重視)  
 見た目は妥協してもどれだけよく噛めて長持ちするかを重視する (機能性最重視)  
 あまり大がかりな手術は避けたい (安全最重視)  
 予算の範囲で最善の治療を受けたい (費用最重視)  
 費用がかかっても考える最善の治療を受けたい (すべて重視)

治療に際して他にご希望や伝えておきたいことがありましたらご遠慮なくお書きください。

今特にお困りのことがありましたら詳しくお書きください。

このたびは三宮クローバー歯科クリニックにお越し頂き誠にありがとうございます。  
 皆様の人生にプラスになる治療が私共の目標です。  
 皆様のご要望を遠慮なくお聞かせ下さい。  
 ご記入いただいた内容は個人情報保護法により、秘密厳守いたします。

医療法人 真摯会  
 三宮クローバー歯科クリニック