

受付日 年 月 日

受診票

保険	本人・家族
----	-------

ふりがな お名前		生年月日	大昭平	年	月	日	お勤め先	TEL	—	—
-------------	--	------	-----	---	---	---	------	-----	---	---

ご住所	〒		TEL	—	—	ご紹介者	
-----	---	--	-----	---	---	------	--

いままでに来院されたことがありますか ある（いつごろ） はじめて

太枠線の中の必要事項をご記入ください。また核当する項目を○で囲んで受付へご提出下さい。

どこが痛いですか？	①歯	上	右	前	左	②歯肉	上	右	前	左	③舌	④義歯
		下	右	前	左		下	右	前	左		

どんな時に痛みますか？	①冷たいものを食べたとき	②温かいものを食べたとき	③噛んだとき	いつから痛いですか
	④寝たとき	⑤甘いものを食べたとき	⑥ズーッと痛い	①昨日から ② 日前から

治療を望まれる範囲	①痛む所だけ	②悪い所全部	③説明を聞いてから
-----------	--------	--------	-----------

歯を抜いたことはありますか？	①ある	そのとき異常があった	<ul style="list-style-type: none"> ・血が止まりにくい ・貧血を起こした ・腫れた 	②ない
----------------	-----	------------	---	-----

アレルギーはありませんか？	①薬を飲んで	②注射をして	③食べ物により	④その他（	）	⑤ない
---------------	--------	--------	---------	-------	---	-----

内科的な病気はありませんか？	①心臓	②高血圧	③糖尿	④腎臓	⑤肝炎	⑥妊娠	⑦ない
----------------	-----	------	-----	-----	-----	-----	-----

保険について	①保険の範囲で治して欲しい	②なるべく保険の範囲で、多少の費用をかけてもかまわない	③保険を離れて、治療は最上の技術と資材を用いて欲しい
--------	---------------	-----------------------------	----------------------------

