受付日　　年　　月　　日

# 受　診　票

| 保険 | 本人・家族 |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>お名前 | | 生年月日 | 大<br>昭<br>平　　年　　月　　日 | お勤め先 | TEL　　—　　— |
| ご住所 | 〒<br>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〇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<br>④寝たとき　⑤甘いものを食べたとき　⑥ズーッと痛い | | | | | | | | | | | | いつから痛いですか<br>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［・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<br>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 | | | | | | | | | | | | | |
| 当院を何で知りましたか？<br>（複数選択可） | ①ネット（PC）　②ネット（スマホ）　③知り合いからの紹介　④看板　⑤その他（　　） | | | | | | | | | | | | | |

KAMIRYO DENTAL CLINIC