


酸蝕歯・摂食障害外来 受診票

①現在お困りのことや、事前に伝えておきたいことを教えてください



②上記の症状の経過について教えてください

○いつ頃からですか？

・()年()月頃から ・わからない

○きっかけはありますか？

・あり ())
・なし
・わからない

③今回の受診はどなたの意向によるものですか？

・ご自身 ・家族 () ・職場 ・他院紹介

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 下	右 左	前 前	左 左	②歯肉	上 下	右 右	前 前	左 左	③舌	④義歯
-----------	----	--------	--------	--------	--------	-----	--------	--------	--------	--------	----	-----

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嚙んだとき	いつから痛みますか
	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	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 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
--------	---------------	-----------------------------	----------------------------

当院を何で知りましたか？ (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（ ）
-------------------------	----------	-----------	------------	-----	--------------

