

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	明大昭	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
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 [・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温高血圧 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											