

受診票

令和 年 月 日

フリガナ 生年月日
氏名 昭・平・令 年 月 日 歳
住所 〒 電話 ()

勤務先(学校名) 電話 ()
住所 〒

①どうなさいましたか？

- 歯が痛い(冷たいものがしみる・あついものがしみる・ズキズキする・その他)
歯ぐきが(痛い・腫れている・血がでる・膿がでる) 検診してほしい
入れ歯をいれたい・入れ歯が合わない つめもの・かぶせものがとれた
歯の美容(歯石をとってほしい) 歯を白くしたい 歯並びが気になる(歯列矯正)
歯ブラシを指導してほしい その他()

②当院に来られたのは 近くだから 知人の紹介(紹介者 様)
通りがかり インターネットのホームページをみて

③現在の健康状態は 健康 他院(外科・内科)に通院している
薬を飲んでいる 妊娠中(月)

④今までに次の病気を ない 高血圧 低血圧 心臓病 血液疾患 胃腸病
患ったことはありますか 肝臓病 腎臓病 糖尿病 ぜん息 外科的手術
その他()

⑤特異体質は(アレルギー) ない
ある(かぶれやすい・じんましん・花粉症・薬・食物・金属かびん)

⑥最近歯の治療を受け ない ある(月)
異常がありましたか 気分が悪くなった 貧血 血が止まりにくい その他

⑦麻酔注射について異常は ない
ある(貧血・ききにくい・ショックをおこした・その他)

⑧薬による副作用 ない
ある(鎮痛剤・抗生物質・ホルモン剤・ヨード・その他)

⑨診療に対するご希望は
現在傷んでいる歯だけ治療してほしい
悪くなってきている歯は全部治療してほしい
健康保険の範囲内でなおしてほしい
健なるべく保険の範囲内として保険のきかぬところは自費でもかまわない
自費でもよいから最上の技術と資材を用いてほしい

⑩来院できる時間帯や曜日が限られている方はご記入ください

来院できる時間帯(午前 時～ 時頃・午後 時～ 時頃) 曜日(月・火・水・木・金・土・日)

ご記入いただいた個人情報は、もり歯科クリニックにて、治療の目的で利用し、その他の目的には一切使用しません

もり歯科クリニック