

受診票

ご記入頂く内容は医療上の事項です。治療を受ける上で参考にさせていただく以外に利用されることはございませんので、なるべく詳しくご記入下さい。

フリガナ	電話		
お名前			
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
ご住所	〒		
保護者の連絡可能な時間帯			
緊急時の連絡先 (携帯電話など)			
学校名 (幼稚園・保育園)			

下記の事項にあてはまるものにチェック (☑) をつけてください。あてはまるものがない場合は、『その他 ()』に具体的に記入下さい。

■来院理由についてお答えください。(複数回答可)

- むし歯の治療がしたい ⇒ 痛みは、ない ある ⇒ 部位 ()
腫れは、ない ある ⇒ 部位 ()
- 歯ならびをなおしたい ⇒ どのような状態ですか? ()
- 歯の生え代わりがうまくいかない
- 歯磨き指導をしてほしい 定期的な検診・クリーニングをしてほしい
- 予防処置をしてほしい フッ素塗布をしてほしい
- その他 ()

■今までに歯を抜いたり、麻酔の注射をしたことがありますか?

- ない ある

ある と答えられた方のみお答えください。その時何か異常はありましたか?

- ない ある ⇒ 血が止まりにくかった。 気分が悪くなった。
後で腫れた。 熱が出た。
麻酔が効きにくかった。 その他 ()

■歯科の治療中に気分が悪くなったことはありますか?

- ない ある ⇒ どのような状態でしたか? ()

■どのような治療を希望されますか?

- 先生にまかせる (専門治療をして欲しい)
- 保険と自費併用で悪いところは完全に治療して欲しい
- 保険の範囲内で治療して欲しい

■ご家族で血液疾患・アレルギー・感染症などのある方はおられますか?

- いない いる ()

■ご家族の方の血液疾患やアレルギー、感染症の有無は非常に大切な情報です。これらの情報に誤りがあった場合、当院では診療内容に責任を負いかねます。記載内容に不備が発覚した場合、診療を拒否させていただく場合がございます。

- 以上のことに同意いたします。

裏面へ→

■ご兄弟はいらっしゃいますか

一人っ子 ()人兄弟の()番目

■当院を受診されたご家族の方はいらっしゃいますか？

いない いる ⇒父 母 兄 弟 姉 妹 祖父 祖母

その他()

■同居されているご家族は？

一人暮らし いる ⇒父 母 祖父 祖母 その他()

■治療に来院可能な曜日、時間帯は

来院可能なのは

(曜日) ()

(曜日) ()

(曜日) ()

いつでもよい

■当院をお知りになったのは

先生からの紹介や勧めで (紹介者：)

知人の紹介や勧めで (紹介者：)

住居、職場が近いので

親族の方が来院されているので (名前： 続柄)

広告にて (看板、タウンページなど)

インターネットのホームページで

■歯の治療についてのご希望や歯科医に伝えたいことがありましたらご自由にお書き下さい。

ご記入有難うございました。