

診 療 申 込 書

年 月 日

(ご記入の上保険証を添えてお出し下さい)

受 診 者	氏名		男 ・ 女	大 昭 平	生 年 月 日	年 月 日	日生	
	住所							
世帯主	氏名							
電 話	自宅又は携帯				職 業			
	勤務先 ☎							
備 考	健康保険証	① ある					生活保護	
		② あるけれど今日は持って来ていない						
		③ ない						

口腔医療センター附属歯科診療所

次の質問はあなたの健康状態を知り診療の参考にさせていただきますので出来るだけ正確にお答え下さい。該当するものに○印を付けて下さい。

- (1) 今までに当センターに来たことがありますか？
 ない ・ ある (1カ月以内 ・ 6カ月以内 ・ 1年以内)
- (2) 本日来所された主な理由は？
 イ) 歯が痛い ロ) 歯を抜いたあとが痛い ハ) 血が止まらない
 ニ) 歯ぐきがはれた ホ) 外傷 ヘ) 冠が取れた
 ト) 入れ歯がこわれた チ) その他 ()
- (3) 歯の治療の時に気分が悪くなったことがありますか？
 ない ・ ある (どんな時?)
- (4) アレルギーがありますか？
 ない ・ ある (具体的に)
- (5) 次の病気にかかったことがありますか？
 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝炎 (かんえん) (A・B・C型) ・ その他の感染症 ・ ぜんそく
 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 脳血管障害 ・ 骨粗鬆症 (こつそしょう) ・ その他 ()
- (6) 現在の健康状態はいかがですか？ 普通 ・ 不良
- (7) 現在、歯の治療以外で他の病院にかかっていますか？
 病名 () 病院名 ()
- (8) いつも使っている薬がありますか？ 薬品名 ()
- (9) 来院前に飲んだ鎮痛剤・かぜ薬はありますか？ 薬品名 ()
- (10) 現在妊娠中ですか？
 いいえ ・ はい (カ月) ・ 可能性がある
- (11) かかりつけの歯科医院がありますか？ 歯科医院名 ()
- (12) 記入した方のお名前を書いて下さい

氏 名	
-----	--