

# 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	日生	
	住所								方
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 ② あるけれど今日は持って来ていない ③ ない					生活保護		

口腔医療センター附属歯科診療所

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 (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 ・ 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	
-----	--