

檜原市休日夜間応急診療所

No.		受診月日：	年	月	日		
フリガナ			男 女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 生 (歳)		
受診者氏名							
受診者住所	〒 _____ ※郵便番号も必ずご記入ください 都・道 区・市 町 村 府・県 郡						
※受診者が十八歳未満の場合は こちらにも記入してください	フリガナ		受診者 との続柄	1. 父 2. 母 3. 祖父 4. 祖母 5. その他 ()	大正 昭和 平成		
	診療契約 申込者名	※診療に付き添われる方の氏名をお願いします				年 月 日 生	
	診療契約 申込者所 住 所	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> (受診者と異なる場合は記入してください) 都・道 区・市 町 村 府・県 郡					
電話番号	—	—	(自宅 ・)				
携帯電話番号	—	—	(所有者 :)				
発病はいつ頃ですか？							
1 時間以内		3 時間以内		5 時間以内			
7 時間以上		時間以上 日以上		不明			
その他							
☆ かかりつけの歯科はどこですか ⇒ _____ 歯科医院							

(同意する ・ 同意しない)

※ウラの問診票もご記入ください。

票 診 問

どうなさいましたか	<div> <div>1. 歯が痛い(しみる・咬むと痛い)</div> <div>2. 痛くないがむし歯がある</div> <div>3. 歯ぐきが イ. 痛い</div> <div>4. 歯がぐらぐら動く</div> <div>ロ. はれている</div> <div>ハ. 血・うみがでる</div> <div>5. つめもの、かぶせものが外れた</div> <div>6. 入れ歯がこわれた</div> </div>												
どこが痛みますか	<table border="1"> <tr> <td>右上</td><td>上前</td><td>左上</td><td>1. 歯</td><td>2. 歯ぐき</td><td>3. 頬</td></tr> <tr> <td>右下</td><td>下前</td><td>左下</td><td>4. 舌</td><td>5. 唇</td><td>6. アゴ</td></tr> </table>	右上	上前	左上	1. 歯	2. 歯ぐき	3. 頬	右下	下前	左下	4. 舌	5. 唇	6. アゴ
右上	上前	左上	1. 歯	2. 歯ぐき	3. 頬								
右下	下前	左下	4. 舌	5. 唇	6. アゴ								
当院にこられたのは	<div> <div>1. はじめて</div> <div>2. 前に来たことがある(くらい前)</div> </div>												
内科的病気は	<div> <div>1. ない</div> <div>2. ある 心臓病、脳・血管疾患、高血圧、肝臓病、腎臓病</div> <div>3. 前にあった 胃腸(特に潰瘍)、糖尿病、喘息、リウマチ、精神病</div> <div>てんかん、骨粗しょう症、その他()</div> </div>												
かかりつけの医療機関は (歯科以外)	<div> <div>医療機関名() 主治医氏名()</div> <div>住所() 電話()</div> </div>												
現在続けて 飲んでいる薬は	<div> <div>1. ない</div> <div>2. ある 副腎皮質ホルモン 血圧の薬 抗生物質 血をサラサラにする薬</div> <div>痛み止め 胃腸薬 その他()</div> </div>												
特別な体質	<div> <div>1. ない</div> <div>2. ある ペニシリン 麻酔薬 カゼ薬 喘息 アレルギー性鼻炎</div> <div>アトピー性皮膚炎 その他()</div> </div>												
抜歯した時に異常は	<div> <div>1. ない</div> <div>2. ある 熱が出た 血が止まりにくかった 貧血をおこした</div> <div>気分が悪くなった 麻酔注射がききにくかった その他</div> </div>												
今のあなたの体の調子は	<div> <div>1. なんともない</div> <div>2. タベは良く寝ていない</div> <div>3. 非常に疲れている</div> <div>4. 妊娠中(ヶ月)</div> <div>5. 寒気や熱があるようだ</div> <div>6. 生理不順又は生理中</div> </div>												
その他、特に伝えて おきたいこと													
上記記入事項を変更したい時は診察時に必ず申し出てください。													