

歯科受診申込書

檜原市休日夜間応急診療所

当院では、記載いただいた情報を診療目的以外には使用せず、他者に提供しません。
その他、個人情報保護法に基づき適正に処理いたしますので、安心してご記入ください。
※診療契約申込者欄には親権者等の同行者についてご記入ください。

No.		受診月日 :	年	月	日
フリガナ			男	大正 年 月 日 生	
受診者氏名			女	昭和 年 月 日 生	
受診者 住 所		〒	※郵便番号も必ずご記入ください		
		都・道 府・県	区・市 郡	町 村	
※ こ受 ち診 ら者 も記 入さ れ て未 く満 だの い合 いは 十八 歳	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 年 月 日 生 平成
	診療契約 申込者 氏名	※診療に付き添われる方の氏名をお願いします			
※ こ受 ち診 ら者 も記 入さ れ て未 く満 だの い合 いは 十八 歳	診療契約 申込者 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 府・県	区・市 郡	町 村	
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		7時間以内	
不明					
その他					
☆ かかりつけの歯科はどこですか ⇒ _____ 歯科医院					

檜原市が診療契約申込者（受診者が十八歳以上の場合は受診者をいう。）である私に対して診療に要した費用を請求したにも係わらず、私が支払をしない場合、檜原市が私の金融機関等における預貯金状況、生命保険会社における生命保険契約状況、市区町村における市民税等賦課徴収に関する情報、勤務先における雇用契約に関する情報を調査することに同意します。

(同意する · 同意しない)

※ウラの問診票もご記入ください。

問 診 票

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