

# 歯科 受診申込書

カルテ番号 No. \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

太枠のみ記入して下さい

保険証を必ずお出し下さい

ふりがな				B	生年月日	大正・昭和・平成・令和	
氏名						年 月 日 ( ) 才	
A	性別	① 男 ② 女		D	住 所	〒	
TEL		( )					
どうなさいましたか				<input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 冠が外れた <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 義歯が壊れた <input type="checkbox"/> その他 ( )			
F	いつからですか	①1日前 ②2日前 ③3日前 ④4日以上前 ( 日前から)					
G	今回の症状で他の医療機関にかかっていますか	①初めてかかる    ②現在歯科医師にかかっている ③医師からの紹介    ④その他					
特異体質やアレルギーはありますか		ない	ある	( )			
以前に副作用が出た薬はありますか		ない	ある	(薬品名 )			
麻酔をして異常が出たことはありますか		ない	ある	( )			
以前に右記の病気にかかったことはありますか		ない	ある	糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 高血圧症			
				その他 ( ) ↳ (病院名 ) (担当医名 )			
現在服用している薬はありますか		ない	ある	(薬品名 )			
その他特別な事があれば記入してください							
C	かかりつけ歯科医院はありますか	ない	ある	(かかりつけ歯科医院名 )			
E	当診療所への主要な交通手段	①徒歩    ②自転車    ③電車    ④バス    ⑤自家用車 ⑥タクシー    ⑦その他 ( )					
H	当診療所で受診されたことがありますか	ない	ある	( 回)			

これから下は記入しないで下さい (診療所記載分)

I	傷病名									
J	診療受付時間	9	10	11	12	13	14	15	16	17
K	患者の処置	①帰宅    ②転送 (病院名 ) ③回復室使用    ④再診    ⑤電話再診								
L	診療にあたった歯科医師の判断 (歯科医師記入)	①急病患者    ②電話説明で済む患者 ③前日他の医療機関で受診すべきだった患者    ④翌日でもよかった患者								