

歯科受診申込書

今月の受診の 有・無 令和 年 月 日 時 分

ふりがな			男	被保険者 からみた 続柄	
受診者氏名			女		
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	満年齢 歳
住 所	〒				
電 話		被保険者 氏 名			

次の質問にお答えください。該当するものに○印をつけてください。

・アレルギー体質（過敏症）ですか。

1ない 2ある (Aピリン系薬剤 B抗生物質 C食品 Dその他)

・歯を抜いたことがありますか。 1ない 2ある

・ある場合、何か異常がありましたか。

1ない 2ある (A貧血をおこした Bはれた C血がとまらなかつた)

・今までにかかった病気は。

1皮膚病 2神経痛 3糖尿病 4心臓病 5腎臓病 6肝臓病

7高血圧症 8低血圧症 9その他 ()

・現在かかっている病気は。 1ない 2ある (病名：)

・妊娠又はその疑いはありますか。 1ない 2ある (か月位)

・今どんな症状（状態）ですか。 ()

・発病したのはいつですか。 (時間前) (日間)

・当診療所受診までの経過を次の中から○印で囲んでください。

1発病後最初の受診 2他の医院で治療中 3その他 ()

※義歯修理など、技巧を要する処置はできません。

○マイナー保険証(マイナンバーカードの保険証利用)に同意しますか？

は い ・ いいえ

当診療所では診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力お願いします。