

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 女	被保険者 からみた 続 柄	
受診者氏名					
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血がとまらなかった)

- ・今までにかかった病気は。

1 皮膚病 2 神經痛 3 糖尿病 4 心臟病 5 腎臟病 6 肝臟病

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： ）

- ・妊娠又はその疑いがありますか。 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をお願いします。