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）（　　日前）

・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。