

受診申込書(外来)

フリガナ		年齢		性別		生年月日	
患者氏名							
住所						電話番号	
保険						<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族
保険者番号		記号		番号			
紹介者						電話番号	
勤務先(学校名)						電話番号	
診察	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 至急						
主訴	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 取れた <input type="checkbox"/> その他 ()						
その他	▼治療を能率的に進めるためにご協力下さい						
●今一番困っていることは何ですか 歯 ⇒ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> つめたものが取れた 入れ歯⇒ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 合わない <input type="checkbox"/> こわれた <input type="checkbox"/> その他 ()				●今までにかかった病気又は現在かかっている病気は <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> その他 病名 ()			
●歯を抜いた事がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 最近抜いたのは () 年前 () か月前				●現在かかりつけの先生(内科)のお名前 病医院名： 先生： 電話：			
●その時何か異常はありませんでしたか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある / <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした				●あなたの体質は <input type="checkbox"/> 異常無 <input type="checkbox"/> アレルギー有 (<input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> ピリン系薬剤 <input type="checkbox"/> その他薬品) <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> しっしん <input type="checkbox"/> じんましん			
●歯の治療で麻酔の注射をして異常はありませんか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある / <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> その他 ()				●治療内容に関して <input type="checkbox"/> 今は痛い所だけ治したい <input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい			
●全身の健康状態は <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 良くない <input type="checkbox"/> 妊娠中 () ヶ月				●治療についてのご希望 <input type="checkbox"/> 健康保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 多少の費用はかかっても良い <input type="checkbox"/> よくわからないので説明を聞いてから決めたい			
●血圧は <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> わからない				●HB抗体 () ●HB抗原 () ●HCV抗体 () ●ワ氏 ()			
●出血時間は <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ●貧血は <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
精神的および身体状況の注意							
診察希望日時・曜日等							