

# 初診申込書

No. \_\_\_\_\_

Application for professional service

本人	家族	国保	初	再
----	----	----	---	---

年 月 日

フリガナ 御姓名 Name	男 女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生
御住所 Address (〒 )	様方	御自宅の御電話 Phone NO. (HOME)	
御勤務先(所在地と名称) Occupation		勤務先の御電話 Phone NO.	

御紹介者(御座いましたら)

## お 願 い

お手数ですが治療を行う上で参考にいたしますから下記のことについて正しく記入をお願いいたします。尚お答えの内容については医療上のことからですから秘密を守ります。

(お答えは○でかこんで下さい。)

- 当院で以前に診療を受けたことがある
- 当院で診療を受けるのは初めてである
- 口腔審査のみの場合は健康保険は適用しません

### <どうなさいましたか>

- 痛い  
○今は一痛くてたまらない 我慢できる程度  
痛くない  
○いつから一今日初めて 日前から  
○昨夜は一痛くなかった 痛くて眠れなかった 痛くて薬を飲んだ(薬品名 )  
○しみる一つめたいもの・あついもの
- 歯がぐらぐらします しない
- 歯ぐきから血が出る でない
- 歯肉がはれていたむ
- 歯石をとってもらいたい
- 入歯をしたい
- 歯並びを治したい
- 詰めていたものがとれた
- その他

### <あなたの健康状態は>

1. 血圧は 正常、高い、低い、わからない
2. 血が出るとなかなか止まらない
3. 手術や抜歯のとき麻酔が効きにくい
4. 血液型 AB、A、B、O
5. 貧血しやすい
6. てんかんその他全身けいれん発作の素質がある
7. 妊娠 ヶ月
8. アレルギー体質で薬により発疹、ショックがある
9. ペニシリン、抗生物質、ヨード、マーキュロ、アスピリン、麻酔薬
9. 胃潰瘍、腎臓、心臓、肝臓、糖尿病を患ったことがある
10. 現在、他のお医者さんにかかっている

### <転職退職について>

1. 近日中に転職する
2. 近日中に退職する