

診 療 申 込 書

平成	年	月	日	午前・午後	時	分	来院
フリガナ 氏 名	大正 昭和 平成			年	月	日生 (満 歳)	男・女
〒 住 所	-			電話			
勤務先	電話						

治療の参考にいたしますので、 に✓をご記入ください。

1. どうなさいましたか
 歯が痛い 歯ぐきが痛い つめもの、かぶせものがとれた
 入れ歯がこわれた 血が止まらない その他 ()
2. それはどこですか
 左上 前上 右上
 左下 前下 右下
3. いつごろからですか (痛みのある方へ)
 ()時間前 ()日前 その他 ()
4. どのように痛みますか (痛みのある方へ)
 スズズキ痛い かむと痛い 冷たいものがしみる
 熱いものがしみる その他 ()
5. 麻酔をした時、または歯を抜いた時、何か異常がありましたか
 ない 気分が悪くなった 血が止まらなかった 何日も痛んだ
 熱が出た その他 ()
6. 薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか
 ない 胃が痛くなる 発しんができる かゆくなる
 その他 ()
7. 現在および過去にかかった病気はありますか (ありましたか)
 ない 心臓 肝臓 腎臓 胃腸 貧血症 高血圧
 低血圧 糖尿 血液疾患 アレルギー その他 ()
8. 「女性の方へ」現在、妊娠中 (授乳中) ですか
 いいえ はい (妊娠 カ月) または (産後 カ月)
9. その他、特に知らせたいことがありますか
 ない ある ()
10. 以前に当センターを利用したことがありますか
 ない ある (年 月ごろ)
11. 当センターへはどのようにして来られましたか
 自家用車 救急車 電車 タクシー
 バス 徒歩 その他 ()



「休日・夜間救急歯科診療」 横浜市歯科保健医療センター

- ・休日診療：日・祝日及び年末年始 (12月29日～1月4日)
午前10時～午後4時
- ・夜間診療：毎夜間
午後7時～午後11時
- ・住所：横浜市中区相生町6-107
- ・電話：045-201-7737
- ・最寄り駅：JR 横浜市営地下鉄「桜木町駅」徒歩5分