

診 療 申 込 書 No

平成	年	月	日	午前・午後	時	分	来院	
フリガナ				大正				男
氏名				昭和				年 月 日 (満 歳) ・
				平成				女
〒				電話 ()				
住所				緊急連絡先 (携帯) ()				
勤務先				電話 ()				

次の質問はあなたの健康状態を知り、診療の参考にさせていただきますので
出来るだけ正確にお答えください。

尚、この情報はセンターの診療にかかわることによりのみ使用いたします。

● に をご記入下さい。

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 腫れた
 入れ歯がこわれた 血が止まらない その他 ()
2. いつごろからですか (痛みのある方へ)
 () 時間前 () 日前 その他 ()
3. どのように痛みますか (痛みのある方へ)
 ズキズキ痛い 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 ()
4. 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 ()
5. 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 ()
 その薬の名前がわかればご記入ください ()
6. 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 骨粗しょう症 肺炎 甲状腺疾患 婦人科疾患
 その他今までにかかった病気があればご記入ください ()
7. 「女性の方へ」 現在妊娠中 (授乳中) ですか
 いいえ はい (妊娠 ヲ月) または (産後 ヲ月)
8. その他、特に知らせたいことやご希望がありますか
 ない ある ()
9. 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)
10. ぶつけた・歯が欠けた・折れた等の方にかがいます。その原因は
 例えば喧嘩、仕事上の事故、交通事故等 ()
11. かかりつけ歯科医院はありますか ない ある (医院名)
12. 当センターへはどのように来られましたか
 自家用車 救急車 タクシー 電車 バス 徒歩 その他



「休日・夜間救急歯科診療」
 ・休日診療: 日・祝日及び年末年始(12月29日～1月4日)
 診療時間 午前10時～午後4時、受付時間 午前10時～午後3時30分
 ・夜間診療: 毎夜間
 診療時間 午後7時～午後11時、受付時間 午後7時～午後10時30分
 ・住所: 横浜市中区相生町6-107
 ・電話: 045-201-7737
 ・最寄駅: JR・横浜市営地下鉄「桜木町駅」徒歩7分
 みなとみらい線「馬車道駅」徒歩5分