

令和	年	月	日	午前 ・ 午後	時	分	来院
フリガナ 氏 名		大正・昭和・平成・令和			年	月	日 (満 歳)
〒	—	電話	( )	要介護度		要支援(1・2)	
住 所		携帯	( )	要介護(1・2・3・4・5)			
勤務先		電話	( )	身体障害者手帳 ( 級)			

次の質問はあなたの健康状態を知り、診察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、何か異常はありましたか  
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・折れた等の方にうかがいます。その原因は  
 例えば喧嘩、工作中的事故、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 (歯科医院名 )
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
13. 当センターはどのように知りましたか  
横浜市歯科医師会ホームページを見て 評判を聞いて 救急情報センターから  
知り合いから紹介で 歯科医院から紹介されて (歯科医院名 )