

# 初診申し込み表

FAX 送信先：078-612-8021

お問い合わせは、TEL：078-612-8020 までお願いします。

年 月 日

公益社団法人 神戸市歯科医師会

神戸市立 こうべ市歯科センター

医療機関名：

所在地：〒

TEL：

FAX：

医師名：

\* 貴院より当センターへ FAX 後、患者様に紹介状の原本をお渡し下さい。

初診予約は、患者様からの当センターへの電話で確定致します。初診は（火）（水）（木）です。

フリガナ 患者氏名	男・女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生 ( ) 歳
住所	〒 - 自宅・携帯TEL ( ) - ( ) - ( )
キーパーソン連絡先	TEL ( ) - ( ) - ( ) 父・母・配偶者・その他 ( )
主訴	虫歯がある 痛い 出血する 腫れている 詰め物・被せが取れた 歯を抜いて欲しい 入れ歯壊れた 歯並びが気になる 検診して欲しい
紹介目的	1. 治療 全麻希望 有・無 部位 _____ 静麻希望 有・無 2. その他 ( ) 緊急性： 有り ・ 無し
障害名	自閉症スペクトラム 知的障害 脳性麻痺 ダウン症 てんかん 筋ジストロフィー 肢体不自由 (部位： ) 認知症 パニック障害 うつ病 双極性障害 統合失調症 異常絞扼反射 歯科治療恐怖症 非協力 視覚障害 聴覚障害 その他診療困難な理由 ( )
治療中の疾患	特に無し 有り： 高血圧 糖尿病 高脂血症 心疾患 脳血管障害 その他 ( ) 喘息：有・無 アレルギー有 ( )・無 内服薬 有・無
外国人の方	日本語での会話 可・不可 会話可能な言語 ( ) 日本語がわかる方の付き添い 有・無
歯科診療特別対応加算	<input type="checkbox"/> 算定済 <input type="checkbox"/> 未算定

\* 必要に応じて検査データなども添付下さい。