

(ふりがな)		診察券No	生年月日	S・H・R	年	月	日
お名前			年齢		性別	男	女
ご住所			電話番号	自宅			
				携帯			
メール			職業				

1. 来院の目的	・当院へ来院したことはありますか ・はじめて ・ある () 頃)						
	・虫歯治療 ・歯の痛みをとりたい ・歯がしみる ・歯の詰め物が取れた ・定期検診 ・歯垢 / 歯石取り ・矯正したい ・ホワイトニングしたい ・入れ歯 (作りたい・壊れた・痛い) ・インプラントにしたい・顎 (痛い・開かない) ・歯ぐき (痛い・出血・腫れている) ・その他 ()						
	他の医療機関からの紹介状はお持ちですか 有る ・ ない						
	*1 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか 同意する ・ 同意しない						
2. 症状がある場所	・上前歯 ・下前歯 ・左上 ・左下 ・右上 ・右下 ・その他 ()						
3. 症状が始まった時期	・ 月 日頃から ・その他 ()						
4. ご希望の治療方法	・悪いところを全部治したい ・根本的に治したい ・痛みが取ればよい ・保険の適用範囲で治療したい ・保険適用外は自費でも可 ・医師と相談して決めたい ・その他 ()						
5. 麻酔経験	・あり ・なし	麻酔時の異常 なし・あり (具体的な症状)					()
6. 抜歯経験	・あり ・なし	抜歯時の異常 なし・あり (具体的な症状)					()
7. 大きな病気の経験	・心臓病 (パ°-メ-カ-有・無) ・肝臓病 (肝炎 型) ・腎臓病 ・糖尿病 ・高血圧 ・アレルギー () ・骨粗しょう症 ・その他 ()						
8. 健診履歴(最近1年間) *2	・健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) ・なし ・あり						
	・指摘事項 なし・あり (受診時期 年 月 指摘内容)						
9. 他医療機関の通院の有無	・なし・あり (医療機関名: 受診日 治療内容)						
10. 現在服用中の薬の有無 *2	・なし・あり (薬名:)						
11. 薬の副作用やアレルギーの有無	・なし・あり (薬名、症状等:)						
12. 妊娠の有無 (※女性の方)	・なし・あり (妊娠 月) ・可能性あり (未確認)						
13. 来院となったきっかけ	・看板 / 建物 ・HP ・インターネット検索 ・紹介者あり ()						

*1 マイナ保険証とはマイナンバーカードの健康保険証利用のことです

*2 マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1か月以内の処方薬を除き記載を省略可能です

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。