

受診申込書

受付年月日: 年 月 日

(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			
1. 来院となったきっかけ	<input type="checkbox"/> 看板 / 建物 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 紹介者あり ()						
2. 来院の目的	当院へ来院したことはありますか <input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> ある () 頃						
	<input type="checkbox"/> 虫歯治療 <input type="checkbox"/> 歯の痛みをとりたい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯の詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 歯垢 / 歯石取り <input type="checkbox"/> 矯正したい <input type="checkbox"/> ホワイトニングしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯 (作りたい・壊れた・痛い) <input type="checkbox"/> インプラントにしたい <input type="checkbox"/> 顎 (痛い・開かない) <input type="checkbox"/> 歯ぐき (痛い・出血・腫れている) <input type="checkbox"/> その他 ()						
	他の医療機関からの紹介状はお持ちですか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない						
3. 症状がある場所	<input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> その他 ()						
4. 症状が始まった時期	月 日頃から その他 ()						
5. ご希望の治療方法	<input type="checkbox"/> 悪いところを全部治したい <input type="checkbox"/> 根本的に治したい <input type="checkbox"/> 痛みが取ればよい <input type="checkbox"/> 保険の適用範囲で治療したい <input type="checkbox"/> 保険適用外は自費でも可 <input type="checkbox"/> 医師と相談して決めたい <input type="checkbox"/> その他 ()						
6. 麻酔経験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		麻酔時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的な症状) ()				
7. 抜歯経験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		抜歯時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的な症状) ()				
8. 大きな病気の経験	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 (肝炎 型) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ()						
9. 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) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	指摘事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (受診時期 年 月 指摘内容)						
10. 他医療機関の通院の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医療機関名: 受診日 治療内容) ()						
11. 現在服用中の薬の有無 ※3	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【 <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬 <input type="checkbox"/> 骨を強くする薬 <input type="checkbox"/> 高血圧の薬 <input type="checkbox"/> その他 ()】						
12. 薬の副作用やアレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬名、症状等:) ()						
13. 妊娠の有無 (※女性の方)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (妊婦 力月) ・可能性あり (未確認)						
14. 主治医との情報共有	治療を安全に行うために、患者様のかかりつけ医師と服薬等の情報共有をさせて頂く場合がございます。情報共有にご同意いただけますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

※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、記載を省略可能です
 ※3 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。

