

診察申込書

記入日 20 年 月 日

フリガナ _____ 生年月日 _____

お名前 _____ (男・女) _____ 大・昭・平・令 _____ 年 月 日 (歳)

ご住所 〒 _____ 固定() _____

勤務先・学校名 _____ 携帯() _____

<p>1. 佐野歯科クリニックに来院された理由をお聞かせ下さい。(あてはまる項目のすべてを○で囲んで下さい。)</p>	<p>1. 家族・知人のご紹介(ご紹介者様) 2. 評判を聞いて 3. 職場・自宅から近いので 4. インターネット・ホームページを見て 5. その他()</p>												
<p>2. 今日はどうされましたか？(あてはまる項目のすべてを○で囲んで下さい。)</p>	<p>1. 歯が痛い 2. 歯がしみる 3. つめものがとれた 4. 歯ぐきが痛い 5. 歯ぐきが腫れている 6. 歯の清掃がしたい 7. 口臭が気になる 8. 歯の色、着色が気になる 9. 銀歯を白くしたい 10. 入れ歯の調子が悪い 11. 歯並びが気になる 12. 検診希望 13. その他()</p>												
<p>3. 異常のある場所はどこですか？</p>	<p>いつ()くらい前から、どのあたり()</p>												
<p>4. 最近歯科医院に通院したのはどのくらい前ですか？</p>	<p>(年 ヶ月くらい前) 受診理由:</p>												
<p>5. 今まで歯の治療のときに異常はありませんでしたか？(麻酔・抜歯などの時)</p>	<p>1. ない 2. ある ※以下に、具体的にお知らせ下さい</p>												
<p>6. 現在・過去に右のような病気にかかったことがありますか？(あてはまる項目のすべてを○で囲んで下さい。)</p>	<p>1. 特になし 2. 高血圧 3. 心不全 4. 不整脈 5. 狭心症 6. 心筋梗塞 7. 脳血管障害 8. ぜんそく 9. 副腎皮質機能不全 10. 慢性気管支炎 11. てんかん 12. 糖尿病 13. 慢性腎不全(透析患者) 14. 甲状腺機能低下症 15. 甲状腺機能亢進症 16. 骨粗しょう症 17. リウマチ 18. がん(部位:)</p> <p>19～22の項目は、はい・いいえのどちらかを○で囲んで下さい。</p> <table border="0"> <tr> <td>19. 心臓に人工弁やペースメーカー、ステントが入っていますか？</td> <td>・はい</td> <td>・いいえ</td> </tr> <tr> <td>20. 人工股関節を入れていますか？</td> <td>・はい</td> <td>・いいえ</td> </tr> <tr> <td>21. アスピリン喘息がありますか？</td> <td>・はい</td> <td>・いいえ</td> </tr> <tr> <td>22. B型・C型肝炎の既往歴はありますか？</td> <td>・はい(B型・C型)</td> <td>・いいえ</td> </tr> </table> <p>23. その他()</p>	19. 心臓に人工弁やペースメーカー、ステントが入っていますか？	・はい	・いいえ	20. 人工股関節を入れていますか？	・はい	・いいえ	21. アスピリン喘息がありますか？	・はい	・いいえ	22. B型・C型肝炎の既往歴はありますか？	・はい(B型・C型)	・いいえ
19. 心臓に人工弁やペースメーカー、ステントが入っていますか？	・はい	・いいえ											
20. 人工股関節を入れていますか？	・はい	・いいえ											
21. アスピリン喘息がありますか？	・はい	・いいえ											
22. B型・C型肝炎の既往歴はありますか？	・はい(B型・C型)	・いいえ											
<p>7. 現在服用中の薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちでしたら提示して下さい。</p>	<p>1. ない 2. ある ※以下に、病院名、薬名を教えてください。 病院名: 薬名:</p>												
<p>8. 特異体質(アレルギー)はありますか？</p>	<p>1. ない 2. ある ※以下に、薬・食物など具体的にお知らせ下さい。</p>												
<p>9. たばこを吸いますか？</p>	<p>1. いいえ 2. はい(本/日)</p>												
<p>10. 女性の方へ 妊娠について教えてください</p>	<p>1. 妊娠していない 2. 妊娠中(ヶ月) 予定日() 3. 妊娠の可能性がある 4. 授乳中(産後 ヶ月)</p>												
<p>11. マイナンバーカードを保険証として利用されますか？</p>	<p>1. いいえ 2. はい → 裏面への記入をお願いします。</p>												

マイナ保険証を利用する方は、ご確認ください。

- ◆ 当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（特定健診、服薬情報等）
を取得することに同意しましたか？

はい ・ いいえ

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供につとめています。

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。

- ◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

ご協力いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。

佐野歯科クリニック