

診察申込書

記入日 20 年 月 日

フリガナ
お名前

(男・女)

生年月日

来院されたことのある
ご家族氏名

大・昭・平・令

(続柄:)

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. ご紹介(ご紹介者様) 2. 以前、通院していた 3. 評判を聞いて 4. 職場・自宅から近いので 5. インターネット・ホームページを見て 6. 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、腫れている 5. 歯の清掃がしたい 6. 口臭が気になる 7. 歯の色、着色が気になる 8. 歯を白くしたい 9. 入れ歯の調子が悪い 10. 歯並びが気になる 11. その他()</p>
<p>3. 異常のある所を教えてください</p>	<p>いつから() 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. 高血圧 2. 心不全 3. 不整脈 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳血管障害 7. ぜんそく 8. 慢性気管支炎 9. てんかん 10. 糖尿病 11. 副腎皮質機能不全 12. 慢性腎不全(透析患者) 13. 甲状腺機能亢進症 14. 甲状腺機能低下症 15. 骨粗しょう症 16. リウマチ 17. 肺炎 18. がん(部位:) 19. 特になし</p>
<p>20~23の項目は、「はい」、「いいえ」のどちらかを選んでください</p> <p>20. 心臓に(人工弁・ペースメーカー・ステント)が入っていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>21. 人工股関節を入れていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>22. アスピリン喘息がありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>23. B型・C型肝炎の既往歴はありますか? <input type="checkbox"/> はい(B型・C型) <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>24. その他()</p>	
<p>7. 今、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(月)(予定日) 3. 妊娠の可能性ある 4. 授乳中(産後 月)</p>

→裏面へ続く

11. 1日に何回くらい歯みがきをしますか？ <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上	
12. 歯ブラシ以外に使用されるものはありますか？ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> タフトブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> 洗口剤 <input type="checkbox"/> 舌ブラシ	<input type="checkbox"/> なし
13. 50歳以上の方は、お口の状態について教えてください。	
1. 食事のとき、むせることがありますか？ <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> 全くない	
2. 最近、食べこぼしが増えたと感じますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. 固いもの（たくあん、おせんべいなど）が噛みにくくなりましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. 口が乾きやすい、またはネバネバすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5. 食事に時間がかかるようになったと感じますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6. 会話中に言葉がはっきりしにくくなったと感じることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7. 粉薬や錠剤などの薬が飲みこみにくくなったと感じることがありますか？ <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> 全くない	
8. ほっぺたを咬んでしまうことがありますか？ <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> いいえ	
9. 入れ歯を使用していますか？ <input type="checkbox"/> はい（ 年使用） <input type="checkbox"/> 全くない	
10. 最近、体重が減ってきたと感じますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11. 噛んでいるとあごが疲れやすいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

14. マイナンバーカードを保険証として利用されますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
------------------------------	--

→「はい」の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。

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