

予診表（診療申込書）

当クリニックでは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めている医療機関として、医療情報取得加算（1点）を算定しております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

尚、この資料の内容は診療以外の目的に使用しないことをお約束いたします。

ふりがな				年	月	日（ ）
氏名				ご職業		
住所	〒 -					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳 血液型 _____ 型
自宅電話	()		携帯番号	()		
お勤め先	電話 ()	メールアドレス@.....			

1. どうなさいましたか？（気になっていることに○をしてください。複数可。）

- 歯が痛い（ _____ 日前から 上 下 右 左 前 奥 ）
 - 歯ぐきが痛い 歯肉のはれ（ _____ 日前から 上 下 右 左 前 奥 ）
 - 歯のよごれ 歯を白くしたい 詰め物・かぶせものがとれた 入れ歯の調子が悪い
 - 口臭が気になる 定期検診してほしい その他 _____
- 歯科医院はいつぶりですか？ _____ 年 _____ 月頃、 _____ 年前

2. マイナ保険証を利用する際に診療情報の取得に同意しますか？

- 同意する 同意しない マイナ保険証は利用しない

※「同意しない」を選択された場合は、マイナ保険証をご利用であってもマイナ保険証を利用しない場合の加算点数となります。

3. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

- はい いいえ

4. 現在、他の医療機関に通院中ですか？また、何か病気にかかったことはありますか？

- はい いいえ ・医療機関名（ _____ ）
- ・直近の受診日（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）
- ・治療内容（ _____ ）

- 心臓疾患 肝臓疾患（肝炎 _____ 型） 腎臓疾患 ぜんそく 貧血
- 糖尿病 脳血管 高血圧症 蓄のつ症 高脂血症 精神疾患
- がん等の悪性疾患
 （ 血液のがん 腔がん 咽頭がん 食道がん 胃がん 肝がん 膵臓がん 大腸がん 乳がん
 卵巣がん 子宮がん 皮膚がん ）
- その他→できるだけ詳しく病状をお書き下さい。

現在、妊娠中または授乳中ですか？ はい（ _____ か月） いいえ

2 枚目にもご記入ください

5. 服用されている薬はございますか？

なし あり 薬剤名・用量 _____
服用する期間 毎日 / () 日間 / () 週間 / () ヶ月間

6. この1年で特定健診や高齢者健診を受けましたか？

はい いいえ いつ頃ですか？ _____
健診時に指摘されたことがあればご記入ください _____

7. 麻酔、抜歯等をしたことがございますか？ その時に異常はありましたか？

経験なし 経験あり 異常なこと _____

8. アレルギーはありますか？

お薬 _____ 食べ物 _____
金属 ラテックス（ゴム） その他 _____

アレルギーが出た際の症状があればご記入ください _____

5. 通院されるのにご都合のよい 曜日・時間帯をお知らせください

月 火 水 木 土 日 祝
午前 午後 日によるが、いつでも可

6. 診療についてのご希望

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 悪いところはすべて治療してほしい | <input type="checkbox"/> 今困っているところだけ治療して欲しい |
| <input type="checkbox"/> 全体的に調べてから治療してほしい | <input type="checkbox"/> 一度にたくさんの治療し回数を少なくしたい |
| <input type="checkbox"/> 回数が増えても一度の治療を短くしてほしい | <input type="checkbox"/> よく相談して決めたい |
| <input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治してほしい | <input type="checkbox"/> 治療によっては一部自費診療でもかまわない |
| <input type="checkbox"/> 今の詰め物を白く変えたい | <input type="checkbox"/> 費用をかけてでもキレイにしたい |

7. 当医院をどのようにお知りになりましたか？

人に聞いて（ご紹介者 お名前： _____ 様）
建物をみて 電話帳をみて 区の案内 看板をみて パンフレットをみて
インターネット（HP ブログ Facebook twitter その他 _____） その他 _____

3 枚目にもご記入ください

8. ご質問にお答えください

はい いいえ

- 歯を磨くときなど歯ぐきから血が出ることもある。
- 歯ぐきの下がりが気になる。
- 歯ぐきの色が気になる。(ピンク色にしたい)
- 食事をすると食べ物が歯にはさまるところがある。
- 熱いものや冷たいものでしみるところがある。
- 噛みにくさを感じることもある。
- 歯ぎしりをするらしい。
- 顎に痛みを感じたり引っかかる感じや音がすることがある。
- 口を大きく開けにくい。
- 朝起きた時、顎がだるく感じることもある。
- 自分の歯の外観(歯並び、色、形など)に不満がある。
- 貴方の歯は、あなたの全身の健康に何らかの形で影響を与えていると思いますか
- 歯科の治療は、不安ですか？
- 自分の歯の将来について不安に思うことがある。

9. その他、医師、スタッフに伝えたい事など、ございましたらお書き下さい

ご記入いただきありがとうございます。