

(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 ある ・ 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	・ 悪い所を全部治したい ・ 根本的に治したい ・ 痛みがとれればよい ・ 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	・ なし ・ あり	麻酔時の異常 なし・あり (具体的な症状)					
6. 抜歯経験	・ なし ・ あり	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 (パーカール有・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 力月) ・ 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。