

ふりがな お名前		明・大・昭・平・令	
		年 月 日生 ( ) 才	
ご住所		〒	—
		自宅電話	— —
		携帯番号	— —
		緊急連絡先	— —
		又はご勤務先	

1 本日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> クリーニング・予防処置 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> その他 ( )
2 お痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> はい→いつから ( ) <input type="checkbox"/> いいえ      右上      前上      左上 どこが痛みますか？ <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯茎 <input type="checkbox"/> 顎      右下      前下      左下
3 今までの歯科治療で異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> その他 ( )
4 過去又は現在、内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> (A/B/C/慢性/アルコール) 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高/最低 / ) <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 (亢進/低下) <input type="checkbox"/> その他 ( )
5 アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→具体的に ( )
6 現在内服中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→薬の名前 ( )
7 かかりつけ病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ ( ) 病院 ( ) 先生
8 現在妊娠中又は授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中 (生後 ヶ月)
9 飲酒習慣はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10 喫煙習慣はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ ( 本/日) <input type="checkbox"/> 過去にある
11 直近1年で健診受診しましたか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (健診名： ) ※特定健診や高齢者健診等
12 治療に対する希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 悪い所は全体的に治したい <input type="checkbox"/> 今回は気になるところだけ <input type="checkbox"/> 保険の範囲で希望 <input type="checkbox"/> 担当医と相談して決めたい <input type="checkbox"/> その他 ( )
13 当クリニックを知ったきっかけは？ (いくつでもチェックしてください)	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 自宅が近い <input type="checkbox"/> 会社が近い <input type="checkbox"/> 紹介されて (ご紹介者のお名前： ) <input type="checkbox"/> 評判を聞いて (どのような？ )

◆当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受信歴,健診歴,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。

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(マイナ保険証利用した場合)

※ご提供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。