

ふりがな	(電話番号)	明・大・昭・平・令
お名前	(携帯番号)	年 月 日()才

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

お困りのところにチェックを入れて下さい

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている | <input type="checkbox"/> 義歯が割れた |
| <input type="checkbox"/> 歯が欠けた | <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い | <input type="checkbox"/> 義歯が合わない |
| <input type="checkbox"/> 差し歯がとれた | <input type="checkbox"/> 口内炎が痛い | <input type="checkbox"/> 義歯を新しく作りたい |
| <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた | <input type="checkbox"/> 顎が痛い | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |

症状はいつからですか？	日前	週間前	月前
今まで大きな病気をされたことは有りますか？		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい()
今までに手術をされたことは有りますか？		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい()
現在治療中の病気は有りますか？		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい()
PL病院の他科に通院していますか？		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい()
PL病院以外の病院に通院していますか？		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい()
体内に金属が入ってますか？		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい()
骨粗しょう症の薬を服用されたことは有りますか？		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい()
現在も服用中ですか？		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい()
現在服用中のお薬が有ればご記入下さい。			()
今までに歯科で麻酔をされた事が有りますか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
お薬・注射でアレルギーが出たことが有りますか？		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
お薬・注射の名前が分かりますか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい()

妊娠について

- 妊娠している(月) 妊娠しているかもしれない 授乳中 妊娠していない

歯科治療のご希望

- 今回、気になる所だけ治療してほしい。 悪いところすべて治療してほしい。

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めて居ます。
 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項 4点 加算2項 2点(マイナ保険証の利用)