

予 診 表

令和 年 月 日

ふりがな	来院動機
氏 名	・ホームページ ・御紹介 () 様より ・近所 (自宅/会社) ・看板 ・Facebook ・Instagram ・インターネット検索 (キーワード:)
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 才	職業:
住 所 〒 -	<input type="checkbox"/> 電話 () - <input type="checkbox"/> 携帯 () -
Email	
Email アドレスをご登録いただきますと医院よりご予約確認のお知らせメール等が届きます、ご登録よろしくお願ひします。	
—該当する項目を○で囲んでください—	
◎ 来院の主な理由 (複数可)	
A 歯が痛いから 場所・いつから? ()	G 歯肉が痛いから 場所・いつから? ()
B 出血があるから 場所 ()	H かぶせもの、つめものがとれたから 場所・ ()
C しみあわせが良くないから	I 歯石を取ってほしいから
D 入れ歯を入れたいから	J 歯並びを治したいから
E 口が開きにくいから	K 歯を美しくしたいから
F 定期診査をしたいから	L その他 ()
◎ 現在の身体の状態について	
A 特に異常はない	
B 心臓が悪い ()	
C 血圧が高い ()	
D 血が止まりにくい	
E 貧血を起こしやすい	
F 妊娠している・授乳中である (妊娠中・生後 月)	
G 薬にアレルギーがある 薬剤名 ()	
H 金属にアレルギーがある ()	
I 現在 薬を飲んでいる 薬剤名 ()	
J 現在 病院に通っている (病名 病院 科 担当医)	
L その他 ()	
◎ 直近1年間で健診 (特定健診や高齢者検診等) を受診されましたか?	
1.受診していない	2.受診した (健診名: 日頃:)

◎ 過去の病気について（複数可）＊投薬の関係上 必要な事項になりますので、正確にお答えください。

・次の病気にかかったことがありますか？

- A 血液疾患（白血病・血友病など） B 心臓病 C 高血圧・低血圧 D 脳血管疾患 E 腎炎
F 肝炎（A B C） G リウマチ H 扁桃腺炎 I ちくのう症 J ぜんそく K 結核 L アトピー
M 骨粗鬆症 N HIV O 糖尿病 P その他（ ）

・入院をしたことはありますか？ （ あり ・ なし ） （病名： ； いつ頃： ）

・輸血をしたことはありますか？ （ あり ・ なし ） （理由： ）

・次の薬を使ったことはありますか？

- A 歯科麻酔薬 B ピリン系風邪薬 C 抗生物質

＊そのときに気分が悪くなるなどの副作用のある薬はありましたか？ （ A ・ B ・ C ）

◎ どのような治療をご希望ですか？（複数可）

- A いま痛んでいるところだけ治療してほしい
B この機会に悪いところは全て治療してほしい
C 保険の範囲内で治療してほしい
D なるべく保険で、場合によっては自費でもかまわない
E 保険の範囲外で、最も良い材料と方法で治療してほしい
F 担当歯科医師と相談して決めたい

◎ 過去の歯科治療について

・最後に歯科治療を受けられたおおよその時期 （ 年 月 日前 ）

・歯を抜いた経験はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

そのときに異常はありましたか？ （ はい ・ いいえ ） 具体的に（ ）

・インプラント治療をしたことがありますか？ （ はい ・ いいえ ）

・取り外しできる義歯を使っていますか？ （ はい ・ いいえ ）

・あごがカクカクになったことはありますか？ （ はい ・ いいえ ）

・口が開けにくくなったことはありますか？ （ はい ・ いいえ ）

◎ 当院での治療についてご希望がありましたらご自由にお書きください。

◆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（マイナ保険証利用時）

受付にお持ち頂き、お呼びするまでしばらくお待ちください。

この資料の内容は「患者情報の守秘義務」に基づき管理させていただくことを確約いたします。

旧居留地歯科