

入船みなと歯科予診票

ふりがな		生年月日	大正	昭和	平成	令和
お名前			年	月	日	()歳
ご住所	<input type="checkbox"/> マイナ保険証に登録されている住所に住んでいる⇒住所記載不要 <input type="checkbox"/> マイナ保険証に登録されている住所以外に住んでいる⇒下記に住所をご記載ください					
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯()		<input type="checkbox"/> 自宅()			
当院を 選ばれた理由	<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 家族の紹介()様 <input type="checkbox"/> 知人の()様 <input type="checkbox"/> その他					
ご職業 勤務先			診察担当制の希望		あり ・ なし	

他の医院からの紹介状をお持ちですか	はい ・ いいえ ※お持ちの方は受付へ提出をお願いします
現在、他の医療機関に通院していますか	している(医療機関名:) ・ していない
直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診等)を受診されましたか	した(健診名) ・ していない

あなたのお困りは	<input type="checkbox"/> 歯の色(クリーニング) <input type="checkbox"/> 歯茎の色 <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> その他()	なし
どの部位ですか	<input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上の前歯 <input type="checkbox"/> 下の前歯 <input type="checkbox"/> その他()	なし
どのような症状ですか	<input type="checkbox"/> 何もしてなくても痛い <input type="checkbox"/> 噛んだ時に痛い <input type="checkbox"/> 口を開けるときに痛い <input type="checkbox"/> しみる(冷たいもの 熱いもの 甘いもの) <input type="checkbox"/> その他()	なし
いつごろからですか	<input type="checkbox"/> 今日 ()日前 <input type="checkbox"/> わからない	

次の病気をした ことがありますか	糖尿病(HbA1c値) 肝臓 腎臓 血圧の病気(上 /下) エイズ心臓 (ペースメーカー: あり ・ なし) がん(部位) 骨粗しょう症 梅毒 B型肝炎 C型肝炎 その他()	なし
現在お薬は 飲んで いますか?	病名: お薬: 本日お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします。 忘れた方は受付までお声がけください	なし
今までに入院する ような大きな 病気にかか ったことはあ りますか	ある()	なし
アレルギーはあ りますか	ラテックス : あり () 食べ物 : あり () 薬 : あり () アルコール : あり () 金属 : あり () その他 : あり ()	なし なし なし なし なし なし
女性の方現在	妊娠している (週) ・ 授乳中(乳幼児の年齢 際 ヶ月)	なし

裏面にも続いておりますのでご記入をお願い致します

◇当院がマイナ保険証により、あなたの診察情報(受診歴・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。

●医療情報取得加算●

【初診時:月に1回に限り算定】 医療情報取得加算:1点 / 【再診時:3か月に1回限り算定】 医療情報取得加算:1点
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。

当院で治療中に撮影した写真をHPで症例写真として掲載を許可する		はい	いいえ
喫煙・飲酒	する (喫煙:1日 本 飲酒:1日 本) 過去にあり	しない	
以前の治療中に関して	<input type="checkbox"/> 治療中に異常があった() <input type="checkbox"/> 麻酔をして治療したことがある(異常はなかった・あった)	なかった	
最後の診察の時、どのような治療をしていましたか	定期検診	治療内容()	
歯石除去をしたことはありますか	はい	いいえ	
治療についてのご希望 該当項目にチェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治療したい <input type="checkbox"/> できるだけ保険を使った治療をしたい <input type="checkbox"/> 痛い所だけ、希望する所だけ治療したい <input type="checkbox"/> 自費治療を含む最善の治療の説明を受けたい <input type="checkbox"/> その他()		
過去の歯科治療において不満・不快だった点、不安な点はありますか			
治療についてご希望がありましたら教えてください			