

ふりがな _____ 生年月日 _____
 氏名 _____ (男・女) 大・昭・平・令 _____年 _____月 _____日 ()歳

住所 〒 _____

TEL:(携帯) _____

TEL:(自宅) _____

e-mail: _____

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 6点、加算2 2点(マイナ保険証同意した場合)

◎マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

はい いいえ

◎他の医療機関からの紹介状はありますか？

はい いいえ

●本日はどうされましたか？(当てはまる項目全てに✓をつけて下さい)

歯が痛い 歯肉の腫れ・出血 しみる 歯が欠けた・詰め物が取れた

顎関節が痛む 義歯を作りたい・義歯が壊れた・義歯が合わない 検診・クリーニング希望

歯を白くしたい(ホワイトニング希望) 歯並びが気になる(矯正希望) インプラント希望

その他(_____)

●どこが痛みますか？どこが気になりますか？

右上	上前歯	左上
右下	下前歯	左下

●いつ頃から症状がありますか？

今日 2~3日前 __週間前 __カ月前 不明

●どのような症状がありますか？

何もなくてもズキズキ痛む(痛み止め服用中・服用してない) 噛むと痛い

痛みが波がある 甘い物がしみる 冷たい物がしみる 熱い物がしみる

食べ物が詰まる 顎が痛い(口を開けると痛む・口が開けられない・口が閉じられない)

その他(_____)

●体に合わない薬がありますか？

ない

ある 抗生物質・痛み止め・その他(_____)

薬剤名が分かりましたら、記入をお願いします。(_____)

●歯科の麻酔で気分や体調が悪くなったことがありますか？

ない

ある どのような症状がありましたか？(_____)

※裏面へ続きます

●特異体質やアレルギーはありますか？

- ない
ある かぶれやすい・じんましん・喘息・アトピー・金属アレルギー・ラテックスアレルギー・血が止まりにくい

●内科的な病気はありますか？また、過去にかかったことがありますか？

- ない
ある 心臓病／骨粗鬆症／胃腸・腎疾患／脳血管疾患／血液疾患／
高血圧(/ mmHg)／糖尿病(HbA1c %)／肝炎 A・B・C・他／HIV
その他()

●現在、通院中の病院はありますか？また、お薬を飲んでいますか？※分かる範囲でご記入ください

- ない
ある 病名：
医院名：
担当医名：
服用薬剤名：

★女性の方へ

現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

- なし 妊娠中(カ月) 妊娠している可能性がある 授乳中

●今回、当院に来院して頂いた理由はありますか？

- ご紹介(ご家族: 様・お知り合い: 様・その他:)
インターネットをみた(スマホ・PC・その他) 看板をみた 建物(職場が近い・家が近い)
E-PARK 通っていた歯医者で不都合や嫌な事があった その他()

差支えなければ、その理由と歯科医院名を教えてください。

当院でも気を付けますので、何かありましたらご意見をお願いいたします。

()

●当院での治療にあたってこれだけはして欲しくない、気を付けてほしい事、
診療時間や診療回数など何かご希望はありますか？

()

●治療に関するご希望を伺います

下記項目に関して、重視されることに○を付けて下さい(複数回答可)

- ① 治療した箇所の虫歯や歯周病が再発する可能性が出来るだけ低いこと
- ② 自然に美しく、白くみえること
- ③ 金属アレルギーなりにくく、身体にとって安全であること
- ④ 費用に関わらず、自分の状態にあった最善の治療を受けたい
- ⑤ 治療にかかる費用がすくないこと