

予診票

記入日 年 月 日

ふりがな			大正 昭和 平成 令和
お名前	男・女	生年月日	年 月 日 ()歳
ご住所	〒		連絡先 □自宅 () □携帯 ()
当院を選ばれた理由	□看板をみて □HPをみて □家族の紹介 □知人の紹介 ※ご紹介の場合 お名前 ()様		
メールアドレス	ご職業勤務先		診察担当 制の希望 あり なし
あなたのお困りは	歯 歯並び 歯の色 入れ歯 口臭 顎関節 その他()		なし
どの部位ですか	全体 右下 右上 左下 左上 上の前歯 下の前歯 その他()		なし
どのような症状ですか	□何もしてなくても痛い □噛んだ時に痛い □口を開けるときに痛い □しみる(冷たいもの 熱いもの 甘いもの) その他()		なし
いつごろからですか	今日 ()日前 わからない		痛くない
以前の治療中に関して	□治療中に異常があった() □麻酔をして治療をしたことがある(異常はなかった・あった)		なかった
血圧	上 / 下		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 心臓(ペースメーカー: あり・なし) 血圧の病気 骨粗しょう症 がん(部位) B型肝炎 C型肝炎 エイズ 梅毒		なし
現在お薬は飲んでいますか?	病名:	お薬:	なし
大きな手術をしたことありますか	ある ()		なし
アレルギーはありますか	ある ()		なし
喫煙	する (1日 本)		しない
女性の方で現在	妊娠している (週) 授乳中		なし
治療例として口腔内の写真をホームページに掲載してもよろしいでしょうか? (掲載する際は事前にご相談いたします。お名前の掲載は致しません。)			はい・いいえ
治療についてご希望ございましたら教えてください			

氏名: _____

マイナンバー受診での診療情報取得の同意について

当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴・健診歴・服薬情報等)を取得することに同意しますか。

はい ・ いいえ

当院では診療情報を取得・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◆
保険証を利用した場合
初診時:6点 再診時:2点
マイナ保険証を利用した場合
初診時:2点 再診時:加算なし

ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外での目的で使用するは一切ございません。

2023.4月～12月まで
ひらの歯科医院