

ひらの歯科医院予診票

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	<input type="checkbox"/> 自宅 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯 ( )	
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"/> 知人の紹介( )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	

他の医療機関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	歯 歯茎 歯並び 入れ歯 口臭 顎関節 検診 歯の色(クリーニング ホワイトニング 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 ( )ヶ月前 わからない	痛くない

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。 お持ちでない方・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 : ある ( ) 食べ物 : ある ( ) 薬 : ある ( ) アルコール : ある ( ) 金属 : ある ( ) その他 : ある ( )	なし なし なし なし なし なし
-------------	---	----------------------------------

現在妊娠していますか	妊娠している ( 週) ・ 授乳中 (乳幼児の年齢 歳 ヶ月)	なし
------------	---------------------------------	----

◆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】 加算1(マイナ保険証を利用しない):3点/加算2(マイナ保険証を利用する・情報取得同意):1点  
 【再診時:3か月に1回限り算定】 加算3(マイナ保険証を利用しない):2点/加算4(マイナ保険証を利用する・情報取得同意):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。

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"/> 麻酔をして治療をしたことがある（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（ ）	
医院からのお知らせ等をお送りさせていただく際は、どのご連絡方法をご希望されますか <input type="checkbox"/> アプリ（治療経過のお写真をお送りする事も可能でオススメです） <input type="checkbox"/> Eメール（アドレス： ） <input type="checkbox"/> はがき <input type="checkbox"/> いずれも希望しない		
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		