

(ふりがな)		生年月日	S・H・R	年	月	日
お名前		年齢		性別	男・女	
住所		電話番号	自宅			
			携帯			
紹介者		職業				
1. 来院の目的	・当院へ来院したことはありますか ・はじめて ・ある ( 頃 )					
	・虫歯治療 ・歯の痛みをとりたい ・歯がしみる ・歯の詰め物が取れた ・定期検診 ・歯垢/歯石取り ・矯正したい ・ホワイトニングしたい ・入れ歯(作りたい・壊れた・痛い) ・顎(痛い・開かない) ・口内炎 ・歯ぐき(痛い・出血・腫れている)・その他( )					
	他の医療機関からの紹介状はお持ちですか ある ・ ない					
	* マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか 同意する ・同意しない					
2. 症状がある場所	・上前歯 ・下前歯 ・左上 ・左下 ・右上 ・右下 ・その他 ( )					
3. 症状が始まった時期	・ 月 日頃から ・その他 ( )					
4. ご希望の治療方法	・悪い所を全部治したい ・根本的に治したい ・まず痛みのある所から ・保険の適用範囲で治療したい ・保険適用外は自費でも可 ・医師と相談して決めたい ・その他 ( )					
5. 麻酔経験	・なし ・あり	麻酔時の異常 なし・あり (具体的な症状 )				
6. 抜歯経験	・なし ・あり	抜歯時の異常 なし・あり (具体的な症状 )				
7. 大きな病気の経験	・心臓病(パ-ス-カ-有・無) ・肝臓病(肝炎 型) ・腎臓病 ・糖尿病 ・高血圧 ・アレルギー( ) ・骨粗しょう症 ・その他( )					
8. 健診履歴(最近1年間) *2	・健診(特定健診及び高齢者健診に限る) ・なし ・あり					
	・指摘事項 なし・あり (受診時期 年 月 指摘内容 )					
9. 他医療機関の通院の有無	・なし・あり(医療機関名: 受診日 治療内容 )					
10. 現在服用中の薬の有無 *2	・なし ・あり (薬名: )					
11. 薬の副作用やアレルギーの有無	・なし ・あり (薬名、症状等: )					
12. 妊娠の有無(※女性の方)	・なし ・あり (妊娠 力月) ・可能性あり(未確認)					
13. 来院となったきっかけ	・看板/建物 ・HP ・インターネット検索 ・紹介者あり ( )					

\*1 マイナ保険証とはマイナンバーカードの健康保険証利用のことで

\*2 マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1か月以内の処方薬を除き記載を省略可能です

\*3 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。当院は、皆様の健康保持増進にお役に立てるよう努めています

当院での診療を希望します 署名



神奈川県歯科医師会作成