

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

職 業 \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_ 紹介者 \_\_\_\_\_

○マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ はい いいえ

○他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい いいえ

○本日受診された症状について該当するものを○で囲んでください。

・歯が痛い ・つめものがとれた ・歯がしみる ・歯ぐきが腫れた ・歯ぐきから血が出る

・入れ歯を作りたい ・歯石を取りたい ・定期検診 ・その他 ( )

○現在、他の医療機関に通院していますか？ 医療機関名 \_\_\_\_\_

○これまで大きな病気にかかったことはありますか？ はい いいえ

病名 \_\_\_\_\_ 時期 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_

○内科的な病気はありますか？ 心臓 胃腸 腎臓 糖尿 肝臓 血圧

( )

○麻酔のアレルギーはありますか？ はい いいえ

○これまでに薬や食品名などでアレルギーを起こしたことはありますか？ はい いいえ

○現在、妊娠中または授乳中ですか？ はい いいえ

○治療に対する希望は \_\_\_\_\_ ・悪いところは治したい \_\_\_\_\_ ・痛いところだけ治したい \_\_\_\_\_

恐れ入りますが記入が済みましたら受付に提出してください。カルテを作成しますので今しばらくお待ちください。

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 4点 加算2 2点（マイナ保険証を使用した場合）

◎当クリニックは十分な予約時間の確保を心がけていますが、急患・処置内容などの変更により診療開始時間が遅延することもありますので、皆様のご理解とご協力をお願いいたします。