

受診申込書

カルテ No.

年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日	明 大 昭 平 令 月 日 生まれ (才)
住所 〒	自宅番号	
	携帯番号	
<p>1. どうなさいましたか</p> <p><input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている <input type="checkbox"/> 顎が痛い</p> <p><input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物・差し歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしたい</p> <p><input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯をみて欲しい <input type="checkbox"/> インプラントを入れたい</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>チェックした項目について、その経過を教えてください ()</p>		
<p>2. 内科的な病気はありますか (現在・過去も含めて)</p> <p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>ある、にチェックを入れた方</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> リウマチ</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 皮膚病 <input type="checkbox"/> 血液病</p> <p><input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>		
<p>4. 現在、他の医療機関に通院していますか</p> <p>医療機関名 () 受診日、治療内容等 ()</p>		
<p>5. 現在、処方されている薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>ある、にチェックを入れた方</p> <p>薬品名、期間等 ()</p> <p>判らない場合は、骨粗鬆症の薬・血液をサラサラにする薬・血圧の薬など</p>		
<p>6. 薬を飲んで副反応はありませんでしたか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 薬品名・症状 ()</p>		
<p>7. 特異体質やアレルギーはありませんか ある、チェックを入れた方は症状等</p> <p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ()</p>		
<p>8. 今までに注射 (麻酔) をして異常はありませんでしたか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p>		
<p>9. 現在、妊娠中又は授乳中ですか (女性のみ) ある、チェックを入れた方は妊娠週 等</p> <p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ()</p>		
<p>10. 来院理由 <input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> 紹介された () 様)</p> <p><input type="checkbox"/> ネットで調べた <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>家族で当院に通院された方、または通院されている方はいますか → <input type="checkbox"/> いる () 様) <input type="checkbox"/> いない</p>		
<p>11. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか <input type="checkbox"/> 同意した <input type="checkbox"/> 同意しない</p>		
<p>当院は診療情報を取得・活用することで、より質の高い医療を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。</p>		

