

No.

予 診 票

年 月 日

ふりがな
氏 名

男・女 生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日 才

〒 -
住 所

TEL 携帯

職 業 勤務先

TEL

診療をスムーズに行なうための大切な参考資料となります。できるだけ正確にお書きください。

◎当院をどこでお知りになりましたか？ 知人の紹介（紹介者 _____） 看板を見て
 インターネットで 書籍等 その他（ _____ ）

◎他医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい いいえ

◎本日来院された理由をお選びください。

歯や歯肉が痛い □の中の違和感 歯を入りたい 歯をきれいにしたい その他 _____)

◎直近1年間で健診(特定健診や高齢者健

受診した (健診名： _____)

受診していない

◎下記の病気にかかったことはあります

心臓の病気(不整脈 心筋梗塞・弁膜症他) 脳血管障害(脳梗塞・脳出血他) 高血圧
 低血圧 糖尿病 結核 血液疾患(白血病・血友病・紫斑病・他) 肝臓病・肝炎 黄疸
 腎臓病・人工透析 神経痛・リュウマチ 喘息・アトピー 骨粗鬆症 甲状腺機能亢進・低下
 癌(部位： _____) その他 _____

◎薬や金属でアレルギーが起きたことがありますか？

薬 (ペニシリン・麻酔薬・ヨード・ピリン系鎮痛剤・その他 _____)

金属 (銀・ニッケル・アルミニウム・スズ・パラジウム・その他 _____)

ない

◎少しの傷でも血が止まりにくかったことがありますか？

ある ない

◎歯の治療中、具合が悪くなったことがありますか？

ある ない

◎血圧の状態はいかがですか？

健康である 最高血圧 _____ / 最低血圧 _____ mm/Hg

裏面の記入もお願いします →

◎医師歯科医師から注意するよう言われた薬がありますか？

ある (薬品名: _____) ない

◎下記の薬品を使用したことがありますか？

抗生物質 骨粗鬆症の薬 副腎皮質ステロイド剤 抗血液凝固剤 (ワーファリン・ヘパリン・
バファリン) ジキタリス・ニトログリセン インシュリン

◎現在飲んでいるお薬がありますか？

ある 薬品名: _____

抗生物質 鎮痛剤 骨粗鬆症の薬 血圧の薬 抗血液凝固剤 (ワーファリン・ヘパリン・
バファリン等)

ない

◎現在、内科・外科・泌尿器科等に通院中ですか？

はい (医療機関名: _____ 病名: _____) いいえ

◎現在、妊娠していますか？

している (_____ ヶ月、予定日: _____ 月 _____ 日)

していない

可能性がある

授乳中 (_____ 歳 _____ ヶ月)

◎歯並びが気になりますか？

ある

①一度相談してみたい

②治療を受けたい

③治療は考えていない

ない

◆マイナ保険証により、当院があなたの診療情報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医療情報を取得・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 (マイナ保険証を利用した場合)



小川歯科