

フリガナ お名前	-----	性別	男 女	生年月日 職業	西暦	年	月	日	歳
兄弟構成	第 () 子								
現住所	〒	-		電話番号	自宅	-	-		
					携帯	-	-		
				※予約日時の確認のため、当院からショートメールを送信 します。不要な方は受付スタッフまでお声がけ下さい。					
① 当院を選ばれた理由	1. 家族・知り合いが来院しているから お名前 () 様 2. 近いから 3. ホームページ 4. その他 ()								
② 内科的・外科的・精神的疾患は ありますか	1. ない 2. 現在通院中 3. 以前あった(年くらい前) ↓ 該当する疾患に○をつけてください ↓ a. 糖尿病 b. 心臓 (ペースメーカー 有・無) c. 癌 d. 腎臓 e. 肝臓 (B型・C型・不明・肝硬変) f. 貧血 g. 血液疾患 h. 高血圧 (/) i. 胃・腸 j. 蓄膿症 k. リウマチ l. 精神疾患 () m. その他 ()								
③ アレルギー・ぜんそく・湿疹・ じんましんなどはありますか	1. はい () 2. いいえ								
④ かかりつけの病院はありますか	1. はい かかりつけ医院 () 2. いいえ								
⑤ 現在服用中のお薬はありますか	1. はい (お薬の名前) 2. いいえ (お薬手帳をお持ちでしたら、ご提示ください)								
⑥ 本日紹介状をお持ちですか	1. はい ⇒受付にご提示ください 2. いいえ								
⑦ お薬で副作用が出たことはありますか	1. はい (症状) 2. いいえ								
⑧ 最近の歯科検診で虫歯治療が必要 であると指摘されましたか	1. はい 2. いいえ 3. 覚えていない								
⑨ 定期健診で歯科医院を受診していますか	1. はい 2. いいえ 3. 以前通っていた								
⑩ 歯周病の進行を早める喫煙の状況についてお尋ねします									
a. タバコ・加熱式タバコ・電子タバコを吸ったこと がありますか?	1. はい				2. いいえ				
b. 一日あたりの本数	歳～	歳	1日	本					
	歳～	歳	1日	本					
c. 同居している家族、職場、その他毎日のお付き合い の中で他人のタバコの煙をよく吸っている方だと 思いますか? (受動喫煙)	1. 大変思う 2. 思う 3. 思わない 4. わからない								
⑪ マイナ保険証について									
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。正確な情報を取得するため、マイ ナ保険証の利用にご協力をお願い致します。なお、ご提供いただいた情報等は、当院が診療・診察行為以外の目的で使 用することは一切ございません。									
★当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、服薬情報等)を取得することに同意しますか 1. はい 2. いいえ									