

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				
<b>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</b>					
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				
<b>⑪ マイナ保険証について</b>					
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					