

フリガナ		性別	男	生年月日	西暦	年	月	日	歳
お名前		性別	女	職業					
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ています。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. 腎臓 d. 肝臓(B型・C型・不明・肝硬変) e. 貧血 f. 血液疾患 g. 胃・腸 h. 高血圧 ( / ) i. 蓄膿症 j. リウマチ k. 精神疾患 ( ) l. その他 ( )
③ これまで入院や手術が必要な大きな病気にかかったことはありますか	1. はい 2. いいえ
④ 他の医療機関から紹介状をお持ちですか	1. はい 2. いいえ
⑤ 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
⑥ かかりつけの病院はありますか	1. はい(医院名 ) 2. いいえ
⑦ 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 <b>(お薬手帳をお持ちであれば、ご提示ください)</b>
⑧ 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
⑨ 妊娠・授乳中の方はご記入ください	1. 妊娠中 (妊娠 カ月/ 出産予定日: 年 月 日) 2. 授乳中 (お子さんの年齢: 歳 カ月)
⑩ お子さんはいらっしゃいますか	1. はい (人数: 人) 2. いいえ
⑪ 定期的に歯科検診へ通われていますか	1. はい 2. いいえ

⑫ 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・電子タバコの喫煙歴はありますか?	1. はい 歳～ 歳 1日 本	2. いいえ
b. 一日あたりの本数	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	

⑬ 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