

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	-	-		
<p>※予約日時の確認でショートメールを送ります。 不要な方は受付スタッフまでお声がけ下さい。</p>									

① 当院を選ばれた理由を教えてください	( )
② 内科的・外科的・精神的疾患はありますか	<p>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 ↓</p> <p>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 ( )</p>
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	<p>1. はい ( ) 2. いいえ</p>
④ かかりつけの病院はありますか	<p>1. はい 医院名 ( ) 2. いいえ</p>
⑤ 本日は紹介状をお持ちですか	<p>1. はい ⇒ 受付へご提示ください 2. いいえ</p>
⑥ 現在服用中の薬はありますか	<p>1. はい (お薬の名前 ) 2. いいえ</p>
⑦ 薬で副作用が出たことはありますか	<p>1. はい (症状 ) 2. いいえ</p>
⑧ 介護認定を受けていますか	<p>1. はい (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 ) 2. いいえ</p>

⑨ 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	<p>1. はい 歳～ 歳 1日 本 歳～ 歳 1日 本</p>	2. いいえ
b. 一日あたりの本数		
c. 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)	<p>1. 大変思う 2. 思う 3. 思わない 4. わからない</p>	

⑩ オーラルフレイル簡易チェック

a. 半年前と比べてかたい物が食べにくくなった	1. はい 2. いいえ	スタッフ記入 点
b. お茶や汁物でむせることがある	1. はい 2. いいえ	
c. 義歯 (入れ歯) を使用している	1. はい 2. いいえ	
d. 口の乾きが気になる	1. はい 2. いいえ	
e. 1年に1回以上は歯科医院を受診している	1. はい 2. いいえ	
f. 1日に2回以上は歯を磨く	1. はい 2. いいえ	

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は、当院が診察・診療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