

診療申込書

あなたの健康状態を知り安全な歯科治療に努めたいと思います

下記質問へのご回答をお願い致します

記入日 年 月 日

ふりがな お名前	男 女	生年 月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	(才)
ご住所	〒						
連絡先	当院よりご連絡差し上げる場合がございますので連絡先（携帯Tel）は必ずご記入ください 携帯Tel 自宅Tel						
ご職業 (勤務先)	差し支えない程度でお願いします 勤務先Tel						

◆ご来院いただきありがとうございます

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おります。正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用及び診療情報取得の同意にご協力をお願い致します

[1] マイナ保険証による診療情報取得に 同意します ☐ (1)はい ☐ (2)いいえ

[2] いかがされましたか？

☐ (1) 歯が痛い

(☐ (2) かすかに < ☐ (3) 軽く < ☐ (4) かなり < ☐ (5) 強く < ☐ (6) 耐えられない程)

☐ (7) 歯がしみる ☐ (8) 歯が浮いている ☐ (9) 歯ぐきから血が出る ☐ (10) 歯ぐきが腫れた

☐ (11) 口内に何かできた ☐ (12) 詰め物が取れた ☐ (13) 義歯が壊れた

☐ (14) 歯を入れてもらいたい ☐ (15) その他 ()

[3] 以前に歯科診療を受けたことはありますか？

☐ (1) ない

☐ (2) 当医院 ☐ (3) 他の医院 で、() 日前 () 週間前 () か月前 () 年前

⇒現在は、☐ (4) 完治した ☐ (5) 通院中 ☐ (6) 途中で止めた

[4] 通院中・治療中の病気はありますか？ ☐ (1) ない

☐ (2) 高血圧 ☐ (3) 狭心症 ☐ (4) 心筋梗塞 ☐ (5) 不整脈 ☐ (6) 心臓弁膜症

☐ (7) 心筋症 ☐ (8) 先天性心疾患 ☐ (9) 心不全 ☐ (10) 糖尿病

☐ (11) ぜんそく ☐ (12) COPD ☐ (13) 肝臓病 ☐ (14) 腎臓病 ☐ (15) 甲状腺疾患

☐ (16) 副腎皮質機能不全 ☐ (17) アレルギー ☐ (18) 関節リウマチ ☐ (19) がん

☐ (20) 脳卒中 ☐ (21) 認知症 ☐ (22) 骨粗しょう症 ☐ (23) HIV ☐ (24) てんかん

☐ (25) うつ病 ☐ (26) その他 ()

また、その病気についてかかっている病院名・主治医を教えてください。

病名 () 病院名 () 主治医 ()

病名 () 病院名 () 主治医 ()

[5] 現在服用中の薬剤はありますか？

☐ (1) ない ☐ (2) ある (お薬手帳を持参) ☐ (3) ある (お薬又は薬剤情報文書を持参) ☐ (4) ある (名前不明)

①服用中の薬剤がある方は、お薬の名前 (不明な場合は何のお薬か) を教えてください。

()

[6] ペースメーカ、または胸の中に何か埋め込んでいますか？ ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ

裏面もございます

医療法人



[7] この1年間で特定健診や高齢者健診を受けましたか？

☐ (1) はい ☐ (2) いいえ

マイナ保険証による情報取得に同意された場合は、記載を省略していただいても構いません。

特定健診	・・・ 40歳～74歳までの方のメタボリックシンドロームに着目して行われる健診
高齢者健診	・・・ 75歳以上の方の後期高齢者健診

- ① 健診の時期を教えてください。 ☐ (1) 3か月以内 ☐ (2) 6か月以内 ☐ (3) 12か月以内
② 指摘事項 ☐ (1) なし ☐ (2) あり ()

[8] 生活の中で気になる おからだ の状態を教えてください。

- | | |
|-------------------------------|--|
| ① 階段を休まずに2階まで昇れますか？ | ① ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ |
| ② 胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか？ | ② ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ |
| ③ 食べる時にむせることがありますか？ | ③ ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ |
| ④ 意識がなくなったり、気が遠くなったことがありますか？ | ④ ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ |
| ⑤ 歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ | ⑤ ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ |
| ⑥ けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ | ⑥ ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ |
| ⑦ 妊娠・授乳中ですか？ | ⑦ ☐ (1) はい ☐ (2) 可能性・疑いあり ☐ (3) いいえ |

[9] 生活習慣について教えてください。

- ① 歯磨きは、
【時 間 帯】 ☐ (1) 起床後 ☐ (2) 朝食後 ☐ (3) 昼食後 ☐ (4) 夕食後 ☐ (5) 就寝前
【1回の時間】 () 分程度
【使 う も の】 ☐ (1) 歯ブラシ ☐ (2) フロス ☐ (3) 歯間ブラシ
☐ (4) その他 ()
② 喫煙習慣は、☐ (1) なし ☐ (2) あり ☐ (3) 過去にあり
③ 睡眠時間は、1日平均 () 時間程度
④ 習慣的によく飲むものは、☐ (1) なし ☐ (2) あり
⑤ 間食は、☐ (1) しない ☐ (2) 規則正しく摂る ☐ (3) 不規則に摂る

[10] 治療に関する希望をお聞かせください

下記の項目に関して、最も重視される(重要な)項目をお答えください

- | | | |
|---------|---|----------------------------------|
| ① 耐久性 | ： | 装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などができるだけ長く持つこと |
| ② 再発リスク | ： | 治療した箇所やその周辺が、再び虫歯になる可能性を低くすること |
| ③ 美しさ | ： | 違和感なく自然に美しく見えること |
| ④ 機能性 | ： | 歯を失ってもしっかり噛めて、豊かな食生活ができること |
| ⑤ 安全性 | ： | 金属アレルギーになりにくく、できるだけ身体にとって安全であること |

最も重要なのは () 2番目に重要なのは ()

- ☐ 上記①～⑤の項目よりとにかく、治療にかかる費用が少ないことが最も重要である
☐ 費用は少ない方がいいが、上記の項目も考慮し、治療の違いについて説明を受けた上で総合的に検討したい
☐ 費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい

[11] 当院をお選びいただいた理由をお聞かせください

- ☐ 知人の紹介 (ご紹介者のお名前)
☐ 家の近くだから
☐ 職場の近くだから ☐ HPを見て ☐ 雰囲気がよさそうだから
☐ その他 ()

◆当医院へのご要望がありましたら教えてください

ありがとうございました。しばらくお待ちくださいませ。