

診療申込書 兼 問診票

患者 No. _____

(ふりがな) 氏名	男 女	明・大・昭・平・令	年	月	日生()才
ご住所	〒		電話 — —		
職業・勤務先	昼間の連絡先				
当医院には	1. 前に来たことがある (_____年 _____カ月ぐらい前) 2. はじめて (ご紹介者 _____様 関係 _____)				

今後の診療に必要なため、下記質問に○印でご回答ください。(※印の項目はマイナ保険証で情報をいただいた場合は省略可能です)

他の病院等からの紹介状はありますか	ない ・ ある				
どうなさいましたか	1. 虫歯の治療をしたい 2. 歯ぐきがおかしい 3. 入れ歯を作りたい 4. 歯並びをなおしたい 5. 歯の清掃をしたい 6. その他()				
どこがお痛みですか	右上奥歯	上前歯	左上奥歯	1. 歯 2. 顎(あご)	
	右下奥歯	下前歯	左下奥歯	3. 歯ぐき 4. その他()	
いつごろからですか	_____カ月 ・ 日 前から				
麻酔をして異常はありましたか	ない ・ ある(どのように:)				
抜歯の経験がありますか	ない ・ ある(その時の異常は あり ・ ない)				
現在他の病院等に通院していますか	していない ・ している(医療機関名:)				
内科的病気はありますか	ない ・ ある (心臓病 糖尿病 高血圧症 ()型肝炎 貧血症 低血圧症 蓄膿症 HIV 膠原病 腎臓病(透析あり・なし) 結核 その他())				
今飲んでいる薬はありますか(※)	ない ・ ある(薬の名前:) (服用期間:)				
今注射している薬はありますか(※)	ない ・ ある(薬の名前:) (投与期間:)				
特異体質やアレルギーはありませんか	ない ・ ある (花粉症 ぜん息 アトピー 金属 じんましんができる 食物(種類:) 化粧品 その他())				
今までに入院や手術をするような大きな病気はありませんか	ない ・ ある (病気の名前() いつ頃() 病院名())				
ケガをしたとき	出血は 普通止まる ・ 止まりが悪い				
直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診等)を受診しましたか(※)	受診していない ・ 受診した(健診名:) (いつ頃:)				
その他特別なことはありませんか	妊娠 _____カ月 その他()				
診療についてご希望はありますか (自由にご記入ください)					
当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しましたか?	はい		いいえ		

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)】

- ◇加算1…6点 (健康保険証の場合、またはマイナ保険証で確認したが、診療情報等の活用に同意が得られなかった場合)
- ◇加算2…2点 (マイナ保険証を利用した場合)

●ご提供いただいた情報等は、当院が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

小児用診療申込書 兼 問診票

患者 No. _____

(ふりがな) お名前	男 女	生 年 月 日 年 月 日 ()才
ご住所	〒	電話 — —
学校名	愛称	
当医院には	1. 前に来たことがある (_____年 _____カ月ぐらい前) 2. はじめて (ご紹介者 _____様 関係 _____)	
かかりつけのお医者さん	_____ 内科 ・ 耳鼻科 ・ 小児科 ・ その他 (_____科)	

今後の診療に必要なため、下記質問に○印でご回答ください。(※印の項目はマイナ保険証で情報をいただいた場合は省略可能です)

他の病院等からの紹介状はありますか	ない ・ ある
どうなさいましたか	1. 痛いところがある 2. 現在痛くないが悪いところを治したい 3. 歯並びが悪い 4. 定期検査をしてほしい 5. ぐらぐらの歯がある 6. ブラッシング指導を受けたい 7. つめ物が取れた 8. 乳歯を抜いてほしい 9. その他 (_____)
いつごろからですか	_____カ月 ・ 日 前から
今までに歯科治療を受けたことは？	ない ・ ある (①素直に受けた ②いやがった ③泣いた ④あばれた ⑤治療できなくて中断した)
もし泣いたりあばれたりしたら？	1. 治療を中止してほしい 2. 最後まで治療してほしい
次の病気にかかったことは？	ない ・ ある (①じんましん ②アトピー性皮膚炎 ③ぜん息 ④肝臓病 ⑤腎臓病 ⑥結核 ⑦血液疾患 ⑧その他 (_____))
現在他の病院等に通院していますか	していない ・ している (医療機関名： _____)
今飲んでいる薬は？ (※)	ない ・ ある (薬の名前： _____) (服用期間： _____)
アレルギーは？	ない ・ ある (食物(種類： _____) 薬 (_____) その他 (_____))
舌下免疫療法をしていますか	していない ・ している (服薬している薬剤名： _____)
今までに入院や手術をするような大きな病気はありませんか	ない ・ ある (病気の名前 (_____) いつ頃 (_____) 病院名 (_____))
ケガをしたとき	出血は 普通に止まる ・ 止まりが悪い
直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診等)を受診しましたか (※)	受診していない ・ 受診した (健診名： _____) (いつ頃： _____)
歯みがきは？	1.あまりしていない 2.している (本人が ・ 親が / 毎食後 ・ 朝 ・ 夕)
おやつ時間は？	1. あたえていない 2. 時間を決めている 3. 欲しがる時に与える
診療についてご希望はありますか (自由にご記入ください)	
当院がマイナ保険証により、お子様の診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しましたか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)】

- ◇加算1…6点 (健康保険証の場合、またはマイナ保険証で確認したが、診療情報等の活用に同意が得られなかった場合)
- ◇加算2…2点 (マイナ保険証を利用した場合)

●ご提供いただいた情報等は、当院が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