

新潟西歯科クリニック予診票

記入日

年

月

日

ふりがな				大正	昭和	平成	令和
お名前	男・女	生年月日		年	月	日	()歳
ご住所	<input type="checkbox"/> マイナ保険証に登録されている住所に住んでいる⇒住所記載不要						
	<input type="checkbox"/> マイナ保険証に登録されている住所以外に住んでいる⇒下記に住所をご記載ください 〒						
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 ()			<input type="checkbox"/> 自宅 ()			
当院を 選ばれた理由	<input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 紹介 () 様)			ご職業 勤務先			
	<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 無料送迎 <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> TikTok <input type="checkbox"/> その他			診察担当制の希望		あり ・ なし	
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか	はい ・ いいえ ※お持ちの方は受付へ提出をお願いします						
現在、他の医療機関に通院していますか	している (医療機関名:) ・ していない						
直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診等)を受診されましたか	した (健診名:) ・ していない						
あなたのお困りは	歯 歯茎 歯並び 歯の色(クリーニング)	入れ歯	口臭	顎関節	検診	なし	
どの部位ですか	全体 右下 右上 その他()	左下	左上	上の前歯	下の前歯	なし	
どのような症状ですか	何もしてなくても痛い 噛んだ時に痛い 口を開けるときに痛い しみる(冷たいもの 熱いもの 甘いもの) その他()					なし	
いつごろからですか	今日 ()日前 ()ヶ月前	わからない			痛くない		
次の病気を したことが ありますか	糖尿病(HbA1c値) 肝臓 腎臓 血圧の病気(上 / 下) エイズ 心臓 (ペースメーカー: あり・なし) がん(部位) 骨粗しょう症 梅毒 B型肝炎 C型肝炎 その他()					なし	
現在お薬は 飲んでいま すか?	病名: お薬: 本日お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします。 お持ちでない方・忘れた方は受付までお声がけください					なし	
今までに入院するよう な大きな病 気にかか ったこと はありま すか	ある ()					なし	
アレルギー はありま すか	ラテックス : ある () 食べ物 : ある () 薬 : ある () アルコール : ある () 金属 : ある () その他 : ある ()					なし なし なし なし なし なし	
現在妊娠 してい ますか	妊娠している (週) ・ 授乳中 (乳幼児の年齢 歳 ヶ月)					なし	

裏面にも続いておりますのでご記入をお願い致します

◆当院がマイナ保険証により、あなたの診察情報(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

当院では患者さんの診療情報を取得・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。

●医療情報取得加算●

【初診時:月に1回に限り算定】 医療情報取得加算:1点 / 【再診時:3か月に1回限り算定】 医療情報取得加算:1点

ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用するは一切ございません。

当院で治療中に撮影した写真をHPで症例写真として掲載を許可する		はい ・ いいえ
喫煙・飲酒	する (喫煙:1日 本 飲酒:1日 本) 過去にあり	しない
以前の治療中に関して	<input type="checkbox"/> 治療中に異常があった() <input type="checkbox"/> 麻酔をして治療をしたことがある(異常はなかった・あった)	なかった
最後の診察の時、どのような治療をしていましたか	定期検診 治療内容()	
歯石除去をしたことはありますか	はい	いいえ
治療についてのご希望 該当項目にチェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治療したい <input type="checkbox"/> できるだけ保険を使った治療をしたい <input type="checkbox"/> 痛い所だけ、希望する所だけ治療したい <input type="checkbox"/> 自費治療を含む最善の治療の説明を受けたい <input type="checkbox"/> その他()	
過去の歯科治療において不満・不快だった点、不安な点はありますか		
治療についてご希望がありましたら教えてください		