

受診申込書

カルテ No.

年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日	明 大 昭 平 令 才
住所 〒	自宅番号	
	携帯番号	
1. どうなさいましたか <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物・差し歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯をみて欲しい <input type="checkbox"/> インプラントを入れたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
2. いつから、どのように、経過しましたか ※1でチェックした項目についてご記入ください ()		
3. これまでに大きな病気にかかったことがありますか (入院や手術を要する病気等) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある、にチェックを入れた方は病名をご記入ください ()		
4. 現在、他の医療機関に通院していますか 医療機関名 () 受診日、治療内容等 ()		
5. 現在、処方されている薬はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 薬品名 () 期間 ()		
6. 薬を飲んで副反応はありませんでしたか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 薬品名・症状 ()		
7. 特異体質やアレルギーはありませんか ある、にチェックを入れた方は症状等 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ()		
8. 今までに注射 (麻酔) をして異常はありませんでしたか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
9. 現在、妊娠中又は授乳中ですか (女性のみ) ある、にチェックを入れた方は妊娠週等 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ()		
10. この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか ある、にチェックを入れた方は受診時期、指摘事項をご記入ください <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ()		
11. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか <input type="checkbox"/> 同意した <input type="checkbox"/> 同意しない		
12. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
<p>当院は診療情報を取得・活用することで、より質の高い医療を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。 ※ 4, 11 はマイナ保険証による情報取得に同意した方については、記載を省略可能です。</p>		



しきしま歯科クリニック

Shikishima Dental Clinic

〒371-0035 群馬県前橋市岩神町 4-12-18

TEL . 027-232-0780 HP . <https://shikishima-dental-clinic.jp>