

## 歯科診療申込書・歯科健康調査票

1. 交通事故、労災、公務災害による治療の方は、事前にお申し出下さい。
2. 当院は臨床教育や研究を行う施設でもあります。何卒ご理解のうえ受診いただくようお願い致します。
3. 当院は個人情報保護法を遵守し、定められた目的以外に個人情報を利用しません。  
※「個人情報の利用目的」は院内掲示しておりますので、ご確認いただきますようお願い致します。
4. 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。(当院は医療情報取得加算の算定医療機関です。)
- 【以下の太枠内に必要事項を記入し、□内には✓印を入れてください。】

保険証を返却いただきました。

	年 月 日	
私は貴院が定める「個人情報の利用目的」に同意し、診療を申し込みます。		( <input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない )
大阪歯科大学附属病院において歯科臨床実習生の臨床実習に協力することに		( <input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない )
マイナ保険証による診療情報を取得することに		( <input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない )
氏名	(フリガナ)	( 姓 ) ( 名 ) (大・昭・平・令 年 月 日生 男・女)
住所	(フリガナ) 〒 -	
電話	自宅・勤務先 - -	携帯 - -
以前に当院を受診されたことがありますか		
<input type="checkbox"/> はい ( 年 月頃 診療科 ) <input type="checkbox"/> いいえ		
紹介状はお持ちですか		
<input type="checkbox"/> はい ( 医療機関名 ) <input type="checkbox"/> いいえ		

<p>● 来院された理由は何ですか</p> <p><input type="checkbox"/> 痛いところがある</p> <p><input type="checkbox"/> はれているところがある</p> <p><input type="checkbox"/> 血が出る</p> <p><input type="checkbox"/> よく咬めない</p> <p><input type="checkbox"/> 歯を入れてほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 歯並びを治したい</p> <p><input type="checkbox"/> インプラントの相談をしたい</p> <p><input type="checkbox"/> 他院から依頼された歯を抜いてほしい(治療してほしい)</p> <p><input type="checkbox"/> お口の検診をしてほしい</p> <p><input type="checkbox"/> その他 { 具体的に }</p> <p>● 次の病気にかかったことがありますか</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 高血圧</td> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心疾患(心不全、不整脈、狭心症、心筋梗塞など)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(腎代替療法を行っている)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症</td> <td><input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 喘息</td> <td><input type="checkbox"/> 慢性気管支炎</td> <td><input type="checkbox"/> てんかん</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> がん(口・咽喉・胃・大腸・肺・乳・子宮・その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 血液疾患(貧血、血友病、白血病など)</p> <p><input type="checkbox"/> 肝臓病(ウイルス性肝炎、肝硬変など)</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器疾患(胃・十二指腸潰瘍、大腸炎など)</p> <p><input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 結核</p> <p><input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症</p> <p><input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎</p> <p><input type="checkbox"/> その他 { 具体的に }</p> <p>● お薬や食べ物などで発疹が出たり、アレルギー体質といわれたことはありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある</p> <p>{ お薬： □ 食べ物： □ 歯科での麻酔： □ 金属アレルギー： □ その他： }</p> <p>● 来院のきっかけ(紹介状持参以外の方のみご記入ください)</p> <p><input type="checkbox"/> 大学病院だから</p> <p><input type="checkbox"/> 家族・知人・友人の紹介</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅・職場・学校に近い</p> <p><input type="checkbox"/> 病院ホームページ(問い合わせフォーム・診療科案内・よくある質問)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 { }</p>	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全	<input type="checkbox"/> 心疾患(心不全、不整脈、狭心症、心筋梗塞など)			<input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など)			<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(腎代替療法を行っている)			<input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症		<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	<input type="checkbox"/> てんかん	<p>● けがをして出血した時、血はすぐにとまりますか</p> <p><input type="checkbox"/> とまる</p> <p><input type="checkbox"/> とまらない</p> <p>● めまい(たちくらみ)をよく起こしますか</p> <p><input type="checkbox"/> 起こす</p> <p><input type="checkbox"/> 起こさない</p> <p>● 以前に受けた歯科治療で異常なことがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/> なかった</p> <p><input type="checkbox"/> あった { 具体的に }</p> <p>● 現在、歯科以外の病気で治療を受けていますか</p> <p><input type="checkbox"/> 受けていない</p> <p><input type="checkbox"/> 受けている</p> <p>{ 病名： 医療機関名： }</p> <p>● 現在、服用中のお薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ある</p> <p>{ 薬剤名:(マイナ保険証による情報取得に同意されている場合、直近1か 月以内の処方薬を記載してください) }</p> <p>● この1年間で健診(特定健診若しくは高齢者健診)をうけましたか</p> <p><input type="checkbox"/> 受けていない</p> <p><input type="checkbox"/> 受けた(マイナ保険証による健診情報取得に同意あり)</p> <p><input type="checkbox"/> 受けた(マイナ保険証による健診情報取得に同意なし)</p> <p>★情報取得に同意なしの方のみ以下ご記入ください</p> <p>{ 受診時期： 指摘事項： }</p> <p>【女性の方にお伺いします】</p> <p>● 現在、妊娠していますか</p> <p><input type="checkbox"/> していない</p> <p><input type="checkbox"/> している (第 週)</p> <p>● 経口避妊薬(ピル)の服用経験はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある(一番最後に服用した日： 年 月頃)</p>
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全																	
<input type="checkbox"/> 心疾患(心不全、不整脈、狭心症、心筋梗塞など)																			
<input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など)																			
<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(腎代替療法を行っている)																			
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症																		
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	<input type="checkbox"/> てんかん																	

※事務記入欄(紹介状(診療情報提供書)以外の資料の有無や特記事項等)

パノラマ  デンタル  その他の特記事項や資料( )