

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。

保険証を返却いただきました。

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」は院内掲示や保険証預り証の裏面にございますので、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・システム基盤整備体制充実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。】

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。(同意する ・ 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		(同意する ・ 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		(同意する ・ 同意しない)	
氏名	(フリガナ)	(姓)	(名)
住所	(フリガナ) 〒 -	(大・昭・平・令 年 月 日生 男・女)	
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			
はい (年 月頃 診療科)		いいえ	
紹介状はお持ちですか			
はい (医療機関名)		いいえ	

来院された理由は何ですか 痛いところがある はれているところがある 血が出る よく咬めない 歯を入れてほしい 歯並びを治したい インプラントの相談をしたい 他院から依頼された歯を抜いてほしい(治療してほしい) お口の検診をしてほしい その他 [具体的に]	けがをして出血した時、血はすぐにとまりますか とまる とまらない めまい(たちくらみ)をよく起こしますか 起こす 起こさない 以前に受けた歯科治療で異常なことがありましたか なかった あった [具体的に]
次の病気にかかったことがありますか 高血圧 糖尿病 心疾患(不整脈、狭心症、心筋梗塞など) がん(口・咽喉・胃・大腸・肺・乳・子宮・その他) 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など) 血液疾患(貧血、血友病、白血病など) 肝臓病(ウイルス性肝炎、肝硬変など) 腎臓病(ネフローゼ、慢性腎不全など) 消化器疾患(胃・十二指腸潰瘍、大腸炎など) 膠原病 リウマチ 喘息 蓄膿症 骨粗鬆症 結核 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 その他 [具体的に]	現在、歯科以外の病気で治療を受けていますか 受けていない 受けている [病名: 医療機関名:]
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 ない ある [お薬: 食べ物: 歯科での麻酔: 金属アレルギー: その他:]	現在、服用中のお薬はありますか ない ある [薬剤名:]
	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 受けていない 受けた [受診時期: 指摘事項:]
	[女性の方にお伺いします] 現在、妊娠していますか していない している(第 週) 経口避妊薬(ピル)の服用経験はありますか ない ある(一番最後に服用した日: 年 月頃)

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)

パラマ デンタル その他の特記事項や資料()