ふりがな	（電話番号）	身長　　体重
お名前	（携帯番号）	年　　月　　日（　　）才

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか　☐ はい ☐ いいえ
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか　☐ はい ☐ いいえ

お困りのところにﾁｪｯｸを入れて下さい

☐ 歯が痛い　☐ 歯肉が腫れている　☐ 義歯が割れた
☐ 歯が欠けた　☐ 歯肉が痛い　☐ 義歯が合わない
☐ 差し歯がとれた　☐ 口内炎が痛い　☐ 義歯を新しく作りたい
☐ 詰め物がとれた　☐ 顎が痛い　☐
☐ その他（　　）

症状はいつからですか？　　日前　　週間前　　ヶ月前

今まで大きな病気をされたことは有りますか？　☐いいえ　☐はい（　　）
今までに手術をされたことは有りますか？　☐いいえ　☐はい（　　）
現在治療中の病気は有りますか？　☐いいえ　☐はい（　　）
PL病院の他科に通院していますか？　☐いいえ　☐はい（　　）
PL病院以外の病院に通院していますか？　☐いいえ　☐はい（　　）
体内に金属が入ってますか？　☐いいえ　☐はい（　　）

骨粗しょう症の薬を服用されたことは有りますか？　☐いいえ　☐はい（　　）
現在も服用中ですか？　☐いいえ　☐はい（　　）

現在服用中のお薬が有ればご記入下さい。
（　　）

今までに歯科で麻酔をされた事が有りますか？　☐ はい　☐いいえ　☐わからない

お薬・注射でアレルギーが出たことが有りますか？　☐いいえ　☐はい
お薬・注射の名前が分かりますか　☐いいえ　☐はい（　　）

妊娠について
☐ 妊娠している（　　ヶ月）　☐ 妊娠しているかもしれない　☐ 授乳中　☐妊娠していない

歯科治療のご希望
☐ 今回、気になる所だけ治療してほしい。　☐悪いところすべて治療してほしい。

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めて居ます。
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）1点

記入日（　　年　　月　　日）