|  |  |
| --- | --- |
| マイナ保険証を利用しない場合 | 初診時：医療情報取得加算１　（３点）  再診時：医療情報取得加算３　（２点） |
| マイナ保険証を利用した場合 | 初診時：医療情報取得加算２　（１点）  再診時：医療情報取得加算４　（１点） |

当医院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関として、右記を算定しております。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。

受付年月日：　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診察券No.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  | | 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日　（　　　　歳） | |
| お名前 |  | |
| ご住所 | 〒 | | 電話番号  携帯電話 |  | |
| 通いやすい  曜日や時間帯 | 月・火・水・金・土　時間帯（　　　　　　　　　　） | |
| ①来院の目的 | | □ 痛いところがある　　□ 歯がしみる　　□ 歯垢／歯石取り　　□ 虫歯治療  □ 定期検診　　□ 詰め物がとれた　　□ 矯正したい　　□ ホワイトニングしたい  □ 入れ歯をつくりたい　　□ その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ②症状がある場所 | | * 上前歯　□ 下前歯　□ 左上　□ 左下　□ 右上　□ 右下　□ その他　（　　　　　　　　） | | | |
| ③症状が始まった時期 | | 頃から　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ④ご希望の治療方法 | | □悪い所を全部治したい　□困っているところだけ治したい  □保険の適用範囲で治療したい　　□自費診療での治療を積極的に検討したい  □医師と相談して決めたい　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ⑤今まで歯科治療中お体に異常はありましたか？ | | □なし　□気分が悪くなった　□血が止まりにくかった　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ⑥既往歴・現病歴 | | □ 糖尿病  骨吸収抑制薬を服用していますか？  □ 服用している  □ 服用していない  □ 骨粗鬆症  □ 関節リウマチ  □ 高血圧性疾患  □ 心不全  血液がサラサラになる薬を  服用していますか？  □ 服用している  □ 服用していない  □ 不整脈  □ 脳血管障害  □ 慢性気管支炎  □ 自律神経失調症  □ 副腎皮質機能不全  □ ぜんそく  □ てんかん  □ 甲状腺機能亢進症 | | | □ 甲状腺機能障害  □ 慢性腎臓病  □ 感染性心内膜炎  □ 人工呼吸器を装着  □ 在宅酸素療法をおこなっている  □ HIV  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 女性の方へ  現在妊娠されていますか？  □ している　　（ 　　　　ヶ月 ）  □ していない |
| ⑦主治医との情報共有 | | 当院では治療を安全に進めるため、患者さまのかかりつけ医師との服薬等の情報共有をおこなっています。　情報共有にご同意いただけますか？　 □はい　　□いいえ | | | |
| 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　担当医（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ⑧服用中の薬 | | * なし　　　□ あり　（薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ⑨アレルギー | | * なし　　　□ あり　（薬名と症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ⑩来院のきっかけ | | * 看板／建物　□ HP　　□ インターネット　□知人の紹介（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

その他、伝えたいことがありましたら、ご自由にお書き下さい。