

受診申込書(病棟)

社会医療法人 共栄会

札幌トロイカ病院

病棟名：

(往診 する しない)

フリガナ 患者氏名	年齢	性別	生年月日						
住所	電話番号								
保険	生保・社保・国保・前期・後期 公費()	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族							
マイナンバーカード保険証による診療情報取得について			同意する ・ 同意しない						
紹介者	電話番号								
勤務先(学校名)	電話番号								
診察	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 至急								
主訴	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 取れた <input type="checkbox"/> その他 ()								
その他	▼治療を能率的に進めるためにご協力下さい								
<p>●今一番困っていることは何ですか</p> <p>歯 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しみる <input type="checkbox"/>つめものが取れた <input checked="" type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>肝疾患 <input type="checkbox"/>腎疾患 入れ歯⇒ <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>合わない <input type="checkbox"/>こわれた <input type="checkbox"/>胃腸疾患 <input type="checkbox"/>その他 病名 () <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>●今までにかかった病気又は現在かかっている病気は</p> <p>●現在かかりつけの先生(内科)のお名前 病医院名： 先 生： 電 話：</p> <p>●歯を抜いた事がありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 最近抜いたのは ()年前 ()か月前</p> <p>●あなたの体質は <input type="checkbox"/>異常無 <input type="checkbox"/>アレルギー有 (<input type="checkbox"/>麻酔薬 <input type="checkbox"/>抗生物質 <input type="checkbox"/>ピリン系薬剤 <input type="checkbox"/>その他薬品) <input type="checkbox"/>ぜんそく <input type="checkbox"/>しっしん <input type="checkbox"/>じんましん</p> <p>●その時何か異常はありませんでしたか <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある / <input type="checkbox"/>血が止まらなかった <input type="checkbox"/>貧血を起こした</p> <p>●歯の治療で麻酔の注射をして異常はありませんか <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある / <input type="checkbox"/>気分が悪くなった <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>●治療内容に関して <input type="checkbox"/>今は痛い所だけ治したい <input type="checkbox"/>悪い所は全部治したい</p> <p>●全身の健康状態は <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>良くない <input type="checkbox"/>妊娠中 ()ヶ月</p> <p>●治療についてのご希望 <input type="checkbox"/>健康保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/>多少の費用はかかっても良い <input type="checkbox"/>よくわからないので説明を聞いてから決めたい</p> <p>●血圧は <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>高い <input type="checkbox"/>低い <input type="checkbox"/>わからない</p> <p>●出血時間は <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常</p> <p>●HB抗体 () ●HB抗原 ()</p> <p>●貧血は <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>●HCV抗体 () ●ワ氏 ()</p>									
精神のおよび身体状況の注意									
<p>診察希望日時・曜日等</p>									
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>病棟</th> <th>PSW</th> <th>事務</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	病棟	PSW	事務			
病棟	PSW	事務							

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

札幌トロイカ病院 歯科