

診療申込書
REGISTRATION FORM

【記載について】

- 太線内すべてに記入してください。
 - 記入後、①番の初診受付窓口保険証等を添えてお出しください。
なお、紹介状持参の方は申込書と一緒に窓口へお出しください。
- Fill in the bold frame.
 - Submit the completed form to No.1 “First-Time Visitor Reception.”
If you have a referral letter, make sure to submit it along with the form.

患者番号								受付日	
紹介状	1. 有 2. 無		1. 交通事故 2. 労災 3. 自費						
フリガナ							性別 Gender	生年月日 Date of Birth	
患者氏名 Name	Family Name First Name Middle Name						0. 男 Male	大正	
							1. 女 Female	昭和 年 月 日 Month Day Year	
現住所 Address	〒						国籍（外国籍の場合のみ記入してください。） Nationality（for non-Japanese only）		
電話番号 Phone Number	自宅 Home ☎								
	携帯等 Mobile ☎								
第2連絡先 (Second Contact)	名称・氏名 Name			続柄（ Relationship		電話番号 Phone Number			
日本での滞在先（外国籍の方で短期滞在者のみ記入してください。） Accommodation in Japan（for short-term visitors only）									

受診科		他医療機関レントゲン等持参
() 予診室	() 歯周病診察室	() CD-R
() 放射線科	() 咀嚼補綴科	() デンタル
() 小児歯科	() 保存科	() パノラマ
() 予防歯科	() 総合診療センター	() CT・MRI
() 障害者歯科治療部	() 近未来歯科センター	() 頭部・胸部
() 歯科麻酔科（完全予約制）	() 第1口腔外科	() 顎関節シュラー
() 矯正科	() 第2口腔外科	
() 口唇口蓋裂等センター	() 顎口腔機能治療部	
() 口腔補綴科	() 口腔がんセンター	
() 口腔治療科	() インプラントセンター	
(時間 担当医)		

健康調査票 (初診用)

あなたのこれからの治療を行う上で参考にさせていただきますので、ありのままをご記入ください。

1. 次のような病気にかかったことがありますか (あれば病名を○で囲んでください。)

- 1) 高血圧 低血圧 狭心症 心筋梗塞 卒中 心臓弁膜症 (その他の心臓病))
- 2) 胃・十二指腸潰瘍 肝炎 (その他の消化器系疾患))
- 3) 肺炎 気管支炎 ぜんそく (その他の呼吸器系疾患))
- 4) 貧血 紫斑病 血友病 白血病 (その他の血液病))
- 5) 腎炎 ネフローゼ (その他の腎臓病))
- 6) 甲状腺機能異常 副腎機能異常 (その他の内分泌系疾患))
- 7) 糖尿病 痛風
- 8) てんかん けいれん 自律神経失調症 (その他の神経系・精神系障害))
- 9) ジフテリア 結核 性病
- 10) じんましん 皮膚病 アレルギー 膠原病 筋ジストロフィー症 骨粗鬆症 副鼻腔炎 (蓄膿症)
- 11) その他にかかったことのある病気があれば記入ください。 ()

2. 次の事項で該当するものがあれば、○で囲んでください。

- 1) 現在かかっている病気がありますか はい いいえ
あればどんな病気ですか ()
治療を受けている医院名・医師名 ()
- 2) 麻酔をかけて治療・手術を受けたことがありますか はい いいえ
それは全身麻酔でしたか はい いいえ
それは局所麻酔でしたか はい いいえ
何か不都合なことがありましたか ()
- 3) けがをしたときなど血が止まりにくいことがありましたか はい いいえ
- 4) ご家族・血縁の方で血の止まりにくい人がいますか はい いいえ
- 5) ご家族・血縁の方で筋ジストロフィー症など筋肉の病気にかかった人がいますか はい いいえ
- 6) 骨粗鬆症の薬を飲んでいますか (ビスホスフォネート製剤 ; ビスフォナール、フォサマック、ボナロンなど) はい いいえ
- 7) 他にになにか薬を飲んでいますか はい いいえ
飲んでいればどのような薬ですか ()
- 8) 医師・歯科医師から薬品・その他のことで注意するようにいわれたことがありますか はい いいえ
あればその内容はなんですか ()
- 9) 輸血を禁じられていますか (宗教・その他の理由で) はい いいえ

1) 胸が痛くなることがありますか	はい	いいえ
2) 階段の上り下りで息切れがしますか	はい	いいえ
3) 心臓の鼓動（動悸）が気になりますか	はい	いいえ
4) 目まい・立ちくらみを起こすことがありますか	はい	いいえ
5) 手足のしびれ・耳鳴りがありますか	はい	いいえ
6) 夜間のどがかわいて水を飲みたくなりますか	はい	いいえ
7) 夜間に頻繁に小便がしたくなりますか	はい	いいえ
8) 咳がよく出ますか	はい	いいえ
9) ひどく疲れやすいですか	はい	いいえ

1) 今迄に歯科治療を受けたことがありますか	はい	いいえ
2) 歯科治療中に気持ちが悪くなったり、困ったことがありますか あればどのようなことでしたか ()	はい	いいえ
3) 歯を抜いたことがありますか	はい	いいえ
4) 麻酔はよく効きましたか	はい	いいえ

[illegible]

1)他の医療機関からの紹介状はお持ちですか はい いいえ

2)マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか はい いいえ

 いいえの方のみ、以下の質問にご回答ください。

3) この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

はい ☐ いいえ ☐

いつ頃受診しましたか。（ ）

何か指摘事項はありましたか（ ）

生年月日 大・昭
平・令 年 月 日 年齢 歳 性別 男 女

(あなたと患者さんとの関係)

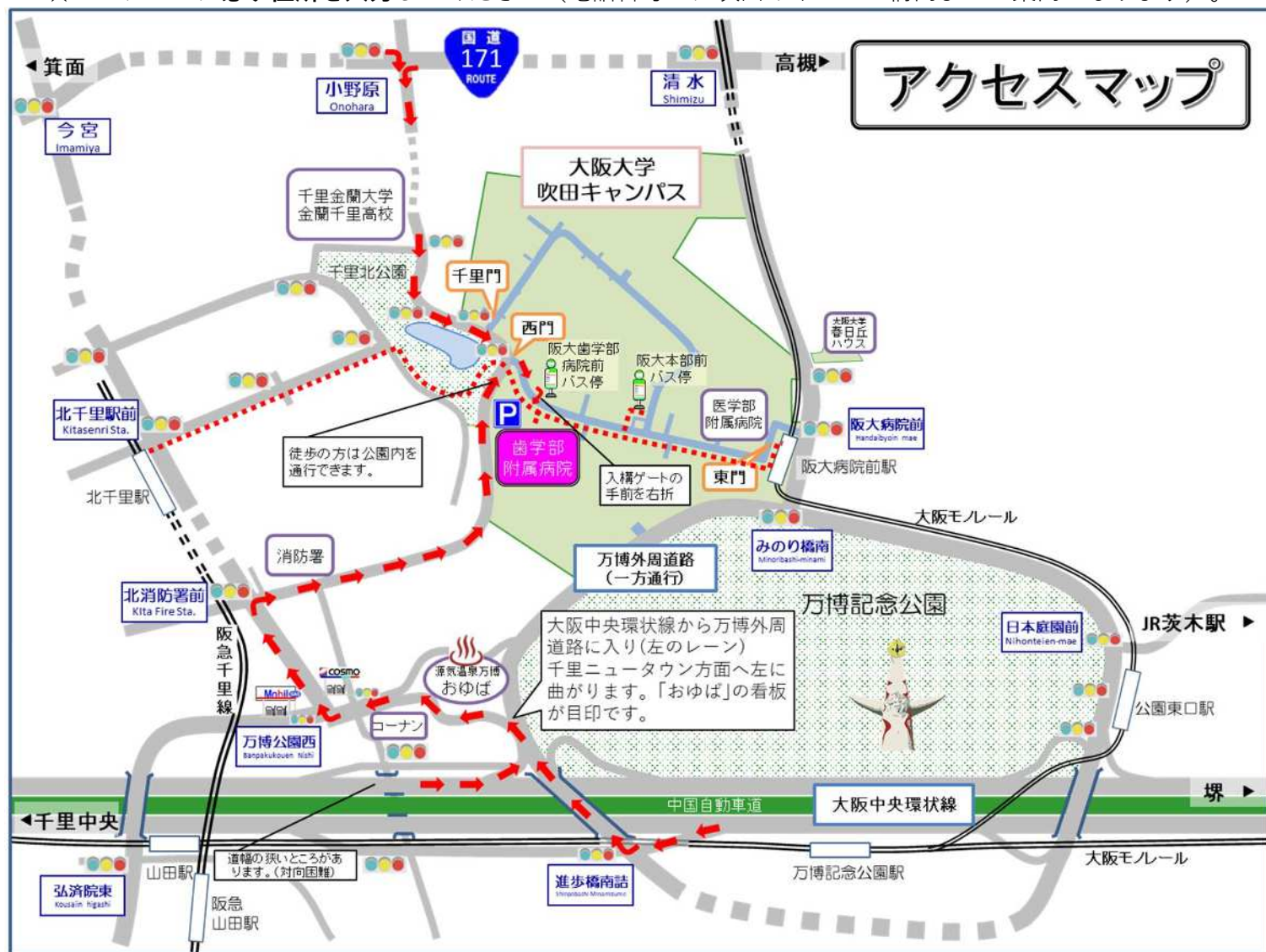
(2022.10.1 改)

大阪大学歯学部附属病院への交通案内

所在地：〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1番8号 電話：06-6879-5111（代表）

「医学部附属病院」と「歯学部附属病院」は、同じ吹田キャンパス内にありますが、約1km離れており**違う建物**ですので、お間違いないようにお越しください。

★カーナビには**必ず住所**を入力してください（電話番号では吹田キャンパス構内までの案内となります）。



【バスをご利用の場合】

【近鉄バス】JR 京都「茨木駅」
【近鉄バス】阪急京都線「茨木市駅」

「阪大本部前」下車、徒歩約5分
※約10分に1本

【阪急バス】北大阪急行「千里中央駅」

「阪大歯学部病院前」下車、徒歩約1分
※約60分に1本

【阪急バス】阪急千里線「北千里駅」

「阪大歯学部病院前」下車、徒歩約1分
※約60分に1本

【近鉄バスサイト】



【阪急バスサイト】

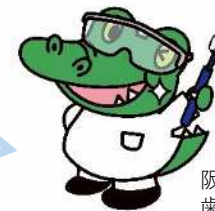


【電車・モノレールをご利用の場合】

阪急電車 千里線「北千里駅」
阪急千里線北千里駅で下車、東へ 徒歩約25分

大阪モノレール「阪大病院前駅」
モノレール＜阪大病院前駅＞で下車、徒歩約15分
※万博記念公園駅で彩都線に乗りかえ

「医学部附属病院」と「歯学部附属病院」は違う建物です。
「医学部附属病院」へは徒歩で約15分です。



阪大「ワニ博士」
歯学部の頃

