

紹介予約患者用

(裏面もあります)
(See over)

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							0. 男 Male 1. 女 Female	大正 昭和 年 月 日 平成 令和 Month Day Year	
現住所 Home 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	()	歯周病診療室	()	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	()	顎関節シュルー	()	
()	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						

大阪大学歯学部附属病院
The University Of Osaka Dental Hospital

ご協力をお願い

当院は、医療機関であるとともに、教育研究機関としての役割も有しています。患者さんにおかれましては、以下の点に、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

- 1 患者さんの治療を行う中で得られた健康状態や検査結果等の情報を、匿名化した上で利用し、研究を行うことがあります。また、その研究の成果を、国内外の学会など公の場において発表することがあります。
- 2 全国共通の公的な試験に合格した臨床実習生(歯学)が、指導教員(歯科医師)の指導・管理のもとに、患者さんのご同意をあらためていただいた上で、歯科医療行為を行うことがあります。

上記2点にご同意いただけない場合は、下記にその旨をご記載ください。なお、不同意であっても、診療上の不利益を受けることはありません。

☐ 同意しません

(その理由等)

Use of Patient Information for Research Purposes

Our hospital serves not only as a medical institution but also as an educational and research institution. We kindly ask for your understanding and cooperation regarding the following points.

- 1 Information such as your health condition and test results obtained in the course of your treatment may be used for research after being anonymized. The results of such research may also be presented publicly, such as at academic conferences in Japan and abroad.
- 2 Dental clinical trainees (in dentistry) who have passed a national standardized examination may, under the supervision and management of their supervising instructor (a licensed dentist), perform dental procedures after obtaining renewed consent from the patient.

If you do not consent to the above two items, please indicate so in the space below. Please note that your medical care will not be affected in any way by your decision.

☐ I do not consent.

(Reason(s) (if any))

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

3. 次のようなことに気づいたことがありますか。あれば該当のものを○で囲んでください。

- | | | |
|-------------------------|----|-----|
| 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 |

4. 今迄の歯科治療についておたずねします。該当するものを○で囲んでください。

- | | | |
|---|----|-----|
| 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 |

5. 次の事項は女性のみお答えください。

- | | | |
|---|----|-----|
| 1)生理は順調ですか | はい | いいえ |
| 2)現在生理中ですか | はい | いいえ |
| 3)出産・妊娠の経験がありますか | はい | いいえ |
| 4)現在妊娠中ですか(ヶ月目) | はい | いいえ |
| 5)経口避妊薬(低用量ピルなど)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() | | |

6. 次の事項について、ご記入ください。

- | | | |
|-------------------------------------|----|-----|
| 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（ | | ） |

氏名 カルテNo.

生年月日 大・昭
平・令 年 月 日 年齢 歳 性別 男 女

代筆の場合には、代筆した方のお名前

(あなたと患者さんとの関係)

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。

科·担当医

大阪大学歯学部附属病院

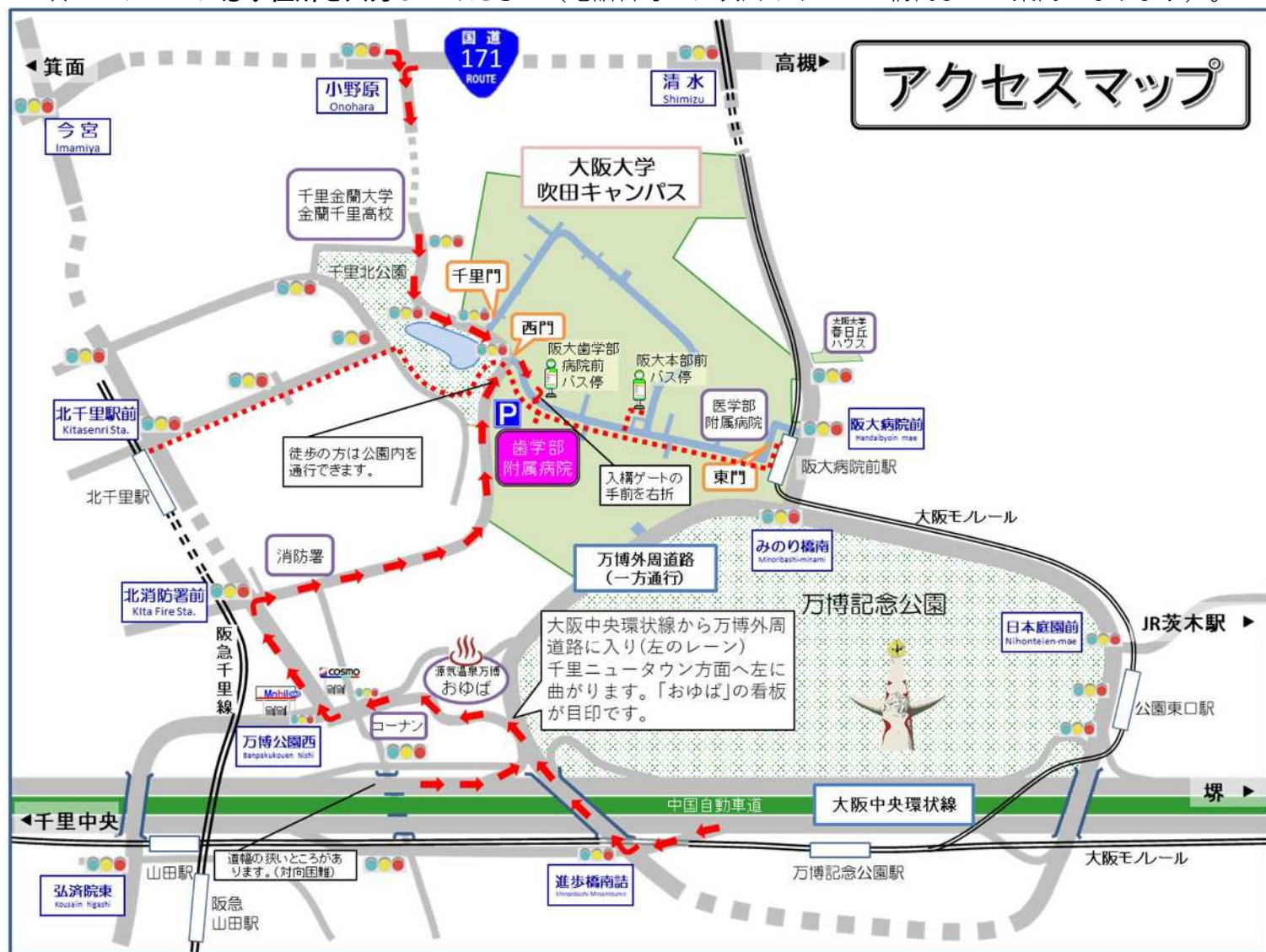
(2022.10.1 改)

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】

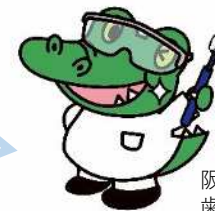


【電車・モノレールをご利用の場合】

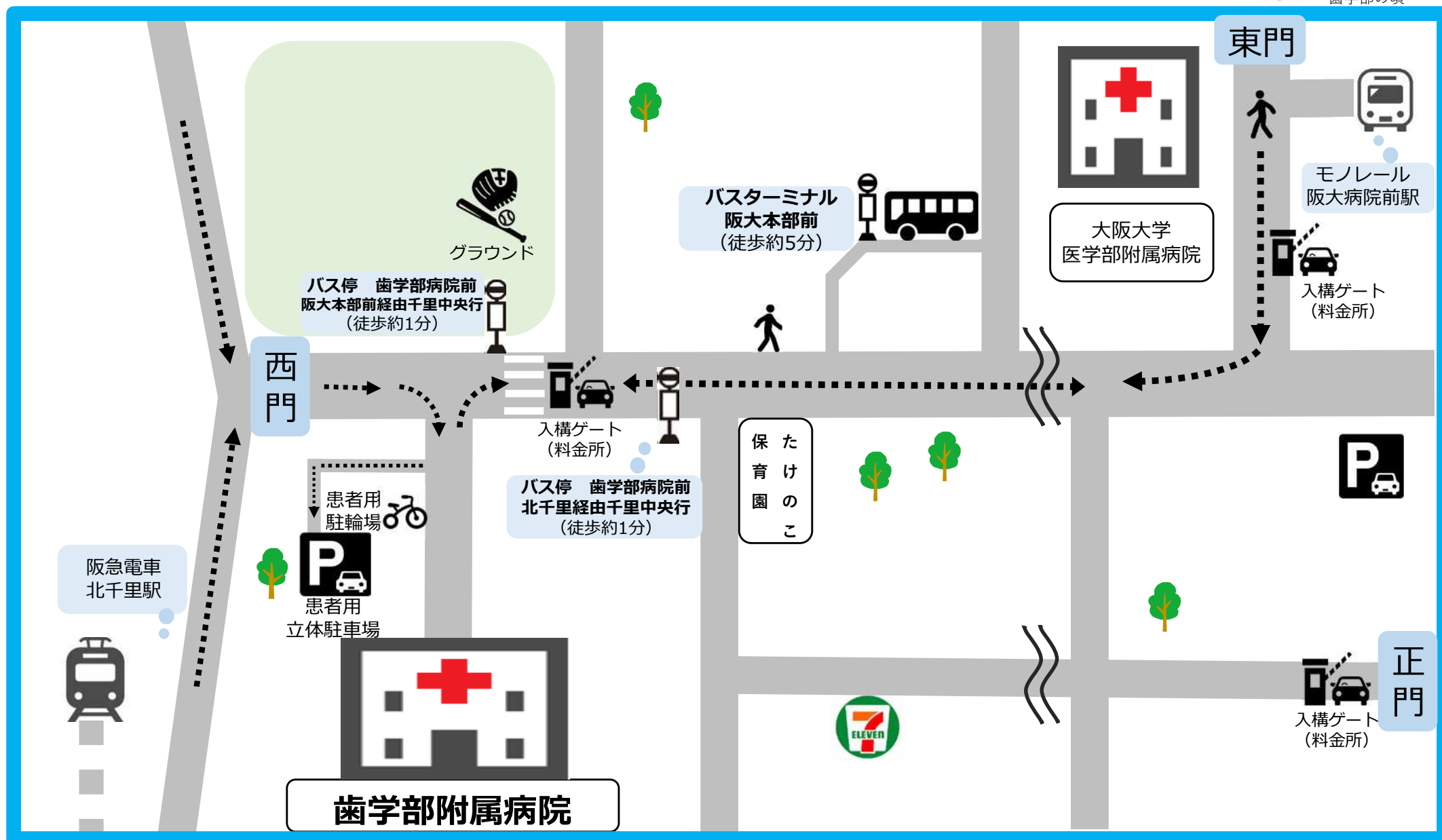
阪急電車 千里線「北千里駅」
阪急千里線北千里駅で下車、東へ 徒歩約25分

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



通院支援アプリ wellcne のご紹介

ウェルコネ

wellcne(ウェルコネ) は当院でご利用いただける通院支援アプリです。
当院でご利用いただける便利な機能をご紹介します。

こんな時にアプリが便利です！



会計時に アプリ決済で待たずに帰宅！



帰宅後に 受診日前日にスマホにお知らせ

- アプリのインストール後、本人確認と診察券登録の申請の際にそれぞれ審査が発生いたします。状況により最大数時間から数日かかる場合がございますので、来院前にアプリの本人確認までお済ませいただくことをおすすめいたします。
- 診察券はご来院時に発行いたしますので、発行後アプリに診察券をご登録ください。
- 任意でアプリにクレジットカードをご登録いただくことで、アプリ決済(後払い会計)がご利用いただけるようになります。

インストールはこちら



機能詳細はこちら



まずはここから
アプリを
インストール

※アプリストア(App StoreまたはGoogle Play)で「ウェルコネ」と検索いただいてもインストールが可能です。

アプリに関する →
お問い合わせはこちら

プラスメディ
サポートデスク

☎ 0120-120-075 (9:00-18:00※年末年始を除く)
✉ support@plus-medi-corp.com