

問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	S・H・R 年 月 日
現住所	〒		
連絡先 電話番号	自宅	携帯	その他

以下に当てはまる事に☑を付けて下さい。(※)印の項目はマイナ保険証で情報頂いた場合は省略可です。

[1] 本日の来院理由は？

歯が痛い 義歯が合わない 歯を入れたい 歯並びが気になる
 歯茎が腫れた 歯茎から出血がある 義歯を入れたい 口の中にできもの
 虫歯がある 被せ物・詰め物が取れた 検診 インプラント
 歯石除去 口臭が気になる その他 ()

[2] 麻酔や注射で気分が悪くなったことがありますか？ ある ない

[3] けが、抜歯等で血が止まりにくかったことがありますか？ ある ない

[4] 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

[5] 現在、他の医療機関に通院していますか？ していない している(医療機関名：)

高血圧 心血管疾患 呼吸器疾患 てんかん 甲状腺機能低下症
 糖尿病 脳血管疾患 心不全 骨粗鬆症 甲状腺機能亢進症
 喘息 慢性気管支炎 不整脈 肝炎 その他 ()

[6] 現在、服用中のお薬はありますか？(※)

ない ある(お薬手帳 ある ない 持ってきていない(薬名)

[7] アレルギーを起こした事がありますか？ ない ある(具体的に：)

[8] 今までに入院するような大きな病気にかかったことがありますか？

ない ある(病名： いつ頃： 病院名：)

[9] 直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診等)を受診されましたか？(※)

受診してない 受診した(健診名： いつ頃：)

[10] 現在妊娠していますか？ いいえ はい(妊娠 カ月)

[11] タバコは吸いますか？ はい(1日 本位) 以前吸っていた(年前) 吸わない

[12] 歯磨きはいつしますか？ 起床後 食後(朝・昼・夕) 就寝前

[13] 受診される場合のご希望 痛いところだけ治したい 悪いところは全部治したい

[14] 治療についての希望

保険の範囲で治したい 状態に応じて自費も検討 最も良い方法で治してほしい

[15] 当医院をお知りになった理由は

知人の紹介(紹介者名：) インターネット 建物をみて 他院からの紹介

[16] その他ご要望・ご意見をお聞かせ下さい。()

当院では患者さんの情報を取得・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)加算 1→4点、加算 2→2点(マイナ保険証を利用した場合)

◆当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しましたか？

はい・ いいえ