

# 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