

問診票 (大人)

ふりがな

お名前 _____ () 歳

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致します。

*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)

☆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい いいえ

☆他の医療機関からの紹介状はありますか? はい いいえ

1. 本日はどうされましたか?

歯が痛い (いつから?) どのような? 場所は?)
虫歯がある 歯茎から血が出る 顎が痛い 詰め物が取れた
矯正の相談 歯のお掃除をして欲しい 口臭が気になる その他 ()

2. 今までに歯科治療の経験はありますか?

ない ある (年前、内容:)

「ある」と答えた方 麻酔はしましたか? いいえ はい

抜歯はしましたか? いいえ はい

治療中に異常はありましたか? いいえ はい (症状:)

3. 現在、通院している医療機関はありますか?

ない ある (医療機関名: 病名:)

「ある」と答えた方 服用している薬はありますか?

いいえ ある (薬名:)

*お薬手帳をお持ちの方は、受付にお出してください。コピーを取らせていただきますので、ご了承ください。

4. これまでに大きな病気にかかったことはありますか? (入院や手術を要する病気等)

ない ある (病名: 時期: 医療機関名:)

5. 今までにかかったことがある病気や治療中の病気があれば、チェックと時期を教えてください。

喘息 (頃) 高血圧 (頃) 心臓病 (頃)

糖尿病 (頃) 肝炎 (頃) 肝臓病 (頃)

脳卒中 (頃) がん (頃)

6. これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか?

ない ある (薬: 食べ物:)

7. 女性の方へ 現在、妊娠・授乳・治療をしていますか?

いいえ はい (ヶ月・予定日 月 日) 授乳中 治療中

8. あなたの家族構成を教えてください。

本人 配偶者(お子様 人) 父 母 兄弟姉妹 祖父母

9. 希望通院曜日・時間帯がありましたら、教えてください。

いつでも 月 火 水 木 金 土

午前 (時から 時頃) 午後 (時から 時頃)

10. 当院をお知りになったきっかけを教えてください(複数回答可)

家族からの紹介(お名前: 関係:) 知人からの紹介(紹介者:)

医院の前を通過 看板を見て インターネット その他 ()

11. 治療へのご希望がありましたら、記載してください。