

問診票

令和 年 月 日

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-----|
| ふりがな | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 日 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | 自宅 | | |
| | | | 携帯 | | |
| 勤務先 | (Tel) | メール | | | |
| 予約検診のメール配信またはLINEを希望しますか？ | | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> LINE | | | |
| 通院可能な曜日及び時間帯 | | 月・火・水・木・金・土 時間帯 () | | | |
| マイナンバーカードの保険証による診療情報取得に同意しますか？ | <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない | 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ | | なし・あり | |

| | | | | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ①本日は、どうなさいましたか？ | <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 入れ歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた(腫れる) <input type="checkbox"/> 虫歯の治療 <input type="checkbox"/> つめもの(かぶせもの)が取れた <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング <input type="checkbox"/> 歯並び(矯正)の相談 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| ②症状について | 右上 | 前上 | 左上 | <input type="checkbox"/> 冷たい物で痛い <input type="checkbox"/> 熱い物で痛い <input type="checkbox"/> 咬むと痛い <input type="checkbox"/> 何もしなくても痛い | |
| ③いつからですか？ | 月 日頃から ・その他() | | | | |
| ④薬や食べ物のアレルギーはありますか？ | なし・あり() | | | | |
| ⑤麻酔をしたことはありますか？ | なし・あり | 麻酔時の異常 | なし・あり() | | |
| ⑥抜歯をしたことはありますか？ | なし・あり | 抜歯時の異常 | なし・あり() | | |
| ⑦今までに大きな病気をしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> 高血圧(上: 下:) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 肝炎(A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c:) <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| ⑧現在、服用している薬はありますか？ | なし・あり(薬品名:) | | 投薬期間:) | | |
| ⑨現在、他の医療機関に通院されていますか？ | なし・あり(病院名:) | | 受診日:) (治療内容:) | | |
| ⑩健診履歴について(直近1年間) ※マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載を省略可能です。 | 健診(特定健診や高齢者健診など) なし・あり 指摘事項 なし・あり(受診時期: 月 日 指摘内容:) | | | | |
| ⑪現在、妊娠中または授乳中ですか？(※女性) | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中(週目) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中 | | | | |
| ⑫保険外の治療の説明を希望されますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない | | | | |
| ⑬来院となったきっかけ | <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介(ご紹介者のお名前:) | | | | |
| ⑭他にご希望等ございましたらお書きください。 | | | | | |

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。