

# 歯科問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 ふりがな \_\_\_\_\_ (昭・平・令) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

TEL \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

1. 診療情報の取得に関して、必ずご記入ください
- ・ 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またはオンライン資格確認にご協力をお願いいたします。

情報取得に 同意する・同意しない

2. 本日の受診理由 (いつから、どこが、どんな症状ですか)

\_\_\_\_\_ メンテナンス

3. 今治療中の病気はありますか ( あり ・ なし )  
 (高血圧・糖尿病・心疾患・脳血管疾患・癌・腎臓病・喘息・肝臓病・自己免疫疾患  
 精神神経疾患・リウマチ・その他 ( \_\_\_\_\_ ))

4. 今までに病気にかかったことはありますか ( あり ・ なし )  
 (高血圧・糖尿病・心疾患・脳血管疾患・癌・腎臓病・喘息・肝臓病・自己免疫疾患  
 精神神経疾患・リウマチ・その他 ( \_\_\_\_\_ ))

5. 骨粗鬆症の薬を飲んでいる／飲んでいた ( はい ・ いいえ ) ( \_\_\_\_\_ )

6. 骨粗鬆症の注射をしている／していた ( はい ・ いいえ ) ( \_\_\_\_\_ )

7. 今飲まれているお薬はありますか ( あり ・ なし )  
 (薬品名: \_\_\_\_\_ )

持参されたお薬手帳を見せてください

8. 注射・薬・食物でのアレルギーはありますか ( あり ・ なし )  
 (薬品名: \_\_\_\_\_ )

9. 現在タバコを吸っていますか ( 吸う ・ やめた ・ 吸わない )

10. 女性の方へ 現在妊娠していますか ( はい ・ いいえ )  
 \_\_\_\_\_ か月 ・ 可能性がある ・ 授乳中

11. 紹介者 ( \_\_\_\_\_ )

12. 治療についてのご希望に○をつけてください  
 気になっているところだけ ・ 悪い歯は全部 ・ 歯周病の治療も希望

13. その他ご要望があればお書きください

ありがとうございました。