

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 _____

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

マイナンバーカード (有・無)

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)

他の医療機関から紹介状はお持ちですか? (はい・いいえ)

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか? (はい・いいえ)

健診時期 (_____ 年 _____ 月) 指導事項 _____

1. 本日の受診理由 (いつから、どこが、どんな症状ですか)

_____ メインテナンス

2. 今、治療中の病気はありますか (あり [当院・他院 (_____)]・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 (_____))

3. 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 (_____))

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

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

6. 今、飲んでいる薬はありますか (あり・なし)

(薬品名: _____)

持参された、お薬手帳を見せてください

7. 注射・薬・食物でのアレルギーはありますか (あり・なし)

(品名: _____)

8. 現在タバコを吸っていますか (吸う・やめた・吸わない)

9. 女性の方へ 現在妊娠していますか

(はい [_____ カ月 ・ 可能性がある] ・ 授乳中 ・ いいえ)

10. 紹介者 (_____)

11. 治療についてのご希望に○をつけてください

1. 今気になっているところだけ

2. 悪い歯は全部

3. 歯周病の治療も希望

12. 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。