

# § 歯科問診票 §

記入日： 年 月 日

ふりがな		ご紹介者
お名前		大・昭・平・令 年 月 日生( 才)
ご住所	〒 —	電話
		携帯電話
		メールアドレス
当院を何で知りましたか？ <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 通りかかって <input type="checkbox"/> 知人に聞いて <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他		

※お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付けください。

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
・他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
1 どうなさいましたか？ 当てはまる所にすべてチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 詰め物/被せ物がとれた	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯ぐきの色が気になる <input type="checkbox"/> 口内炎ができた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい	<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他( )						
2 お痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> はい→(・今日から ・( )日前から) <input type="checkbox"/> いいえ どこが痛みますか？ <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あごの関節 <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">右上</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">前上</td> <td style="padding: 2px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">前下</td> <td style="padding: 2px;">左下</td> </tr> </table>			右上	前上	左上	右下	前下	左下
右上	前上	左上							
右下	前下	左下							
3 今までの歯科治療で異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 貧血になった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> その他( )							
4 歯科麻酔の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある								
5 お薬の副作用または食品などのアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 薬(・ペニシリン ・ピリン系) <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> 食品( ) <input type="checkbox"/> その他( )							
6 過去または現在内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 肝臓(A/B/C/慢性/アルコール)肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 糖尿(発症時期： 、現在の数値 ) <input type="checkbox"/> 高血圧(発症時期： 、現在の数値 / ) <input type="checkbox"/> その他( )							
現在服用中のお薬があれば ご記入ください									
7 他に通院されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名 科)(病名 )								
8 女性の方、現在妊娠中ですか？ 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( カ月) <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい								
9 タバコは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸っていたが現在は吸わない <input type="checkbox"/> 吸う( 本/日)								
10 診療に対してのご希望は？	<input type="checkbox"/> 費用かかっても理想的に治したい <input type="checkbox"/> 保険を基準にして必要な場合は自費でよい <input type="checkbox"/> 保険の範囲にとどめる								
11 治療に対してのご希望は？	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけ治したい								
12 この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある								
13 その他、ご希望等ありましたら、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にご協力をお願いいたします。