

問 診 票 【 成 人 用 】

初診来院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 カルテ No. _____

ふりがな お名前		生年月日	西暦	年	月	日	歳
ご住所	〒 _____						
連絡先	電話番号： _____ メール： _____						
	ご職業： _____						

わかる範囲で下記について教えてください。

当院を 選んだ理由	<input type="checkbox"/> 知人の紹介（ご紹介者） <input type="checkbox"/> 近所（職場・自宅） <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他（・Instagram・駅の看板・チラシ・他 _____）
本日の症状	<input type="checkbox"/> 痛みがある（ 歯 歯肉 舌 頬 顎 入れ歯 その他： _____ ） <input type="checkbox"/> 取れた（詰め物・被せ物・その他： _____） →取れたもの有る・無い <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる（歯石取り・口臭・歯肉から出血するなどもこちら） <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる（ホワイトニング・詰め物の色・ステインなど） <input type="checkbox"/> いびきが気になる（睡眠時無呼吸症候群） <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい ・その他（ _____ ）
気になる部位 円で囲ってください	右上奥歯 上前歯 左上奥歯 顎（右・左） 右下奥歯 下前歯 左下奥歯 頬（右・左） 舌（右・左） その他（ _____ ）
いつから？	<input type="checkbox"/> 今回初めて <input type="checkbox"/> 何度かある （ _____ ） 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前
現在・過去で病 気をしたことあ りますか？	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 腎臓病 糖尿病 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> アレルギー（果物・薬 etc： _____） <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー 現在飲まれているお薬：お薬手帳をお持ちください： _____
1日の歯ブラシ	タイミング（朝・昼・夜） その他：フロス 歯間ブラシ 舌ブラシ 義歯ブラシ
タバコ・お酒	タバコ： _____ 本/1日 お酒：飲まない・時々・週1日～2日・週3日～5日 毎日
歯科治療に ついて	<input type="checkbox"/> 麻酔の経験：有・無 <input type="checkbox"/> 抜歯の経験：有・無 →その時に気分が悪くなったこと：有・無 <input type="checkbox"/> 型取りに吐き気がしやすい：有・無
ご要望など 気になる点	

*女性の方へ：現在妊娠中・現在授乳中など体調が悪い時は無理せず、また、何かありましたら女性スタッフにお声掛けください。

**キャンセルポリシー：ご予約の変更は予約の前々日までにお電話か web でのご予約の変更をお願いします。各患者さんに合わせた時間・スタッフ等を準備させていただき来院をお待ちしているからです。前日、当日の急なご予約の変更があった場合は保険診療 3300 円、自費診療で 5500 円が次回の診療でいただく場合がございます。ご了承ください。

***治療算定において：保険診療において治療回数および期間が定められております。そのため、入れ歯の調整など月に2回以降に関しては30分あたり2200円～3300円費用がかかります。

治療には最善を尽くすようにさせていただいておりますが、症状や各患者さんの生活背景により満足のない結果になる場合もございますご了承ください。ご記入ありがとうございます。「診療前に」を読んでいただきご理解の上、こちらの「問診票」の記載が終わり、同意しましたら下記にサインの程お願いいたします。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者： _____

初診の診察前にお読みいただきたいこと

当医院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関として、医療情報取得加算(1点)を算定しております。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。

下記の質問事項について、回答欄にご記入ください。

質問事項	回答欄	
[1] 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
[2] 現在、他の医療機関に通院中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	医療機関名() 直近の受診日(年 月 日) 治療内容()
[3] マイナ保険証を利用する際に、受診歴・薬剤情報・特定健診情報などの診療情報の取得に同意しますか？	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない(※) <input type="checkbox"/> マイナ保険証は利用しない	(※)「同意しない」を選択された場合は、マイナ保険証をご利用であっても、マイナ保険証を利用しない場合の加算点数となります。
[4] 現在、服用している薬はありますか？ ※[3]で「同意する」を選択された場合は回答不要	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	薬剤名・用量() 服用する期間[()日間/()週間/()ヶ月間 その他()]
[5] この1年で特定健診や高齢者健診を受けましたか？ ※[3]で「同意する」を選択された場合は回答不要	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	いつ頃ですか？() 健診時に指摘されたことがあればご記入ください。 ()
[6] 今までに入院や手術を要する大きな病気にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	病名() いつ頃ですか？() 医療機関名() 治療内容()
[7] 薬や食品アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 薬品() <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他() 症状()

マイナ保険証とは？：マイナンバーカードの健康保険証利用のことです。
 詳しくお知りになりたい方は、マイナンバー総合フリーダイヤル0120-95-0178にお問合せください。