

問診票

(ふりがな) 記入日：令和 年 月 日
 氏名 男 ・ 女 年齢 歳 職業

住所 電話 ()

※日中連絡のつく連絡先をお願いいたします 携帯 ()

マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ 同意します ・ 同意しません

① 本日はどうなさいましたか？

- ☐ 歯が痛い、しみる ☐ 腫れた ☐ 歯がグラグラする ☐ かぶせ物、詰め物が取れた
☐ 歯石を取りたい ☐ 入れ歯が合わない ☐ 入れ歯を作りたい ☐ 口内炎
☐ 虫歯があるか診てほしい ☐ 顎が痛い ☐ その他 ()
 ※いつぐらいから () ところが ()

② お体についてお聞かせください

- ・今までに以下のご病気をなされたことがありますか？ (いいえ / はい)
 - ☐ 高血圧 ☐ 心臓疾患 ☐ 脳血管疾患 ☐ 肝臓病、肝炎 (☐ B 型 ☐ C 型) ☐ がん
 - ☐ 腎疾患 ☐ 血液疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 肺・呼吸器疾患 ☐ 認知症
 - ☐ その他 ()
- ・お薬を飲んで副作用が起こったことはありますか？
 - ☐ いいえ ☐ はい (薬品名：)
- ・今まで歯の治療 (麻酔や抜歯など) を受けた時に、具合が悪くなったことはありますか？
 - ☐ いいえ ☐ はい (症状：)
- ・この 1 年間で健康診断を受診しましたか？ ☐ いいえ ☐ はい (月頃)
- ・現在ほかの病院、歯科医院に通院なさっていますか？ (紹介状をお持ちでしたらお渡してください)
 - ☐ いいえ ☐ はい (病院・歯科医院名：)
- ・現在、服用中のお薬はありますか？ (サプリ、ピル等含む) ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください
 - ☐ いいえ ☐ はい ()
- ・特異体質やアレルギーはありますか？ ☐ いいえ ☐ はい ()
- ・普段の血圧はどのくらいですか？ 分かれば記入してください (/)
- ・女性の方 現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？ また、授乳中ですか？
 - ☐ いいえ ☐ はい (妊娠 カ月 / 産後 カ月 / 授乳中)
- ・過度な疲労やストレスを感じることはありますか？ ☐ いいえ ☐ はい

③ 歯科治療についてお聞かせください

- ・今回は？ ☐ 悪いところは全て治療したい ☐ 気になるところだけ治療したい
- ・治療は？ ☐ 全て保険の範囲で ☐ なるべく保険で、保険の利かないものは自費で
 - ☐ 相談してから決めたい
- ・当院を選ばれた理由は何ですか？
 - ☐ 自宅、勤務先に近い ☐ 新聞、電話帳、インターネットなどを見て
 - ☐ 以前から通院している ☐ お知り合いの紹介 (様)
- ・介護認定を受けられていますか？ (はい / いいえ) ケアマネージャー名
- ・治療に関してご希望がございましたらお聞かせください

裏面へ続きます

④ 生活習慣についてお聞かせください

・歯磨きはいつしますか？

☐起床時 ☐食後（朝・昼・夜） ☐就寝前 1回（ ）分

・歯ブラシ以外の清掃器具はありますか？

☐フロス ☐歯間ブラシ ☐その他（ ）

・タバコ（電子タバコや水タバコ等含む）を吸いますか？

☐いいえ ☐はい→（ ）本位 ☐過去に吸っていた

・食事は何時ごろに食べますか？

☐朝食 _____ 時頃 ☐昼食 _____ 時頃 ☐夕食 _____ 時頃

・お酒（飲酒）について

☐飲まない ☐飲む お酒の種類：（ ）→ ☐毎日 ☐週____回 ☐時々

・習慣的に摂取する飲み物（甘い物やコーヒー、紅茶、お茶、お酢など）はありますか？

☐いいえ ☐はい（ ）→ ☐毎日 ☐週____回 ☐時々

・間食はどのくらいの頻度で食べますか？

☐ほとんど食べない ☐時々食べる（週____回） ☐よく食べる（週____回）

・睡眠時間はどのくらいですか？ _____ 時間

当院は診療情報を所得・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。

正確な情報を所得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

●医療情報取得加算（初診時）加算1 3点 加算2 1点 （再診時）加算3 2点 加算4 1点

※加算1、3はマイナ保険証を利用しない場合、加算2、4はマイナ保険証を利用する場合