

# 問診票

(ふりがな) 氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

記入日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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    かぶせた物が取れた
  - 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    肝疾患    肺・呼吸器疾患
  - 腎疾患    血液疾患    糖尿病    骨粗鬆症    がん    認知症
  - その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・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、飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください
  - いいえ    はい ( \_\_\_\_\_ )
- ・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： \_\_\_\_\_ )
- ・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 ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )
- ・今まで歯の治療を受けた時に、具合が悪くなったことはありますか？
  - いいえ    はい ( 症状： \_\_\_\_\_ )
- ・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 )
- ・この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？ いいえ    はい ( \_\_\_\_\_ 月頃)
- ・タバコを吸いますか？ いいえ    はい → ( \_\_\_\_\_ ) 本位    過去に吸っていた

## 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

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