

# 問 診 票



JUNKOUKAI

記入日 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	年 齡	職 業
お名前		年 月 日	歳	
ご住所	〒	自宅TEL		
		携帯TEL		
○次のことについてお伺いします（□にチェック、または該当するものに○下さい）		当院が初めての方に聞きます		
1 当院に来られたのは □初めて □以前に来院したことがある		最後に他院で歯の治療を行ったのはいつですか？		
2 初めての方へ 今回当院を選ばれた理由を教えてください		年 月 日		
□家族や知人が通院中or以前通院していた（お名前_____）		来院経路を教えてください		
□ホームページを見た □家・職場から近いから		徒歩・自転車・車 （_____分）		
□その他（_____）		バス・電車・その他		
3 本日、来院された理由を教えてください（複数回答可）				医院記入欄
□検診してほしい □痛みがある □歯ぐきがはれた □歯のかぶせ物が取れた				
□虫歯の治療 □歯石をとりたい □歯の着色をとりたい □入れ歯の不具合				
□口臭が気になる □歯並び・矯正 □その他（_____）				
4 その場所はどこですか？ 左上 上前歯 右上 それはいつからですか？				
左下 下前歯 右下 _____ 日前から				
5 主訴以外でお口の中の気になることを教えてください（複数回答可）				
□歯や口元の見え目が気になる □歯周病が気になる				
□着色やヤニが気になる □口臭が気になる				
□歯並びが気になる □被せ物や詰め物の色が気になる				
□その他（_____）				
6 治療の希望などを教えてください（複数回答可）				
□全部直したい □痛みのある歯だけでよい				
□治療は（□すごく怖い □やや怖い □普通）				
□インプラントについて聞いてみたい □保険に関わらず自分にあった治療を提案して欲しい				
□自分の歯を出来るだけ残す方法を知りたい □ホワイトニングについて聞いてみたい				
□その他（_____）				
ここからはお身体のことについてお尋ねします				
7 持病をお持ちの方、または過去にお持ちだった方は裏面の該当する項目に記入をお願いします				
□なし □あり（裏面の確認をお願いします）				
8 各医療手帳はお持ちですか？				
□なし				
□あり（□お薬手帳 □糖尿病手帳 □介護保険証 □ペースメーカー手帳 □療育手帳				
□身体障害者手帳 □精神障害者手帳）				
9 現在、お薬を飲んでいますか？				
□いいえ □はい（薬名：_____）				
10 歯科治療を受けるにあたって伝えておきたいことはありますか？				
□特になし □アレルギーがある方は裏面の確認をお願いします				
□じんましんがでたことがある □血が止まりにくかったことがある（抜歯後など）				
□その他（_____）				
11 歯科の麻酔をされた時について				
□問題なかった □動悸がした □気分が悪くなった □その他（_____）				
12 妊娠中、もしくは可能性あるの方や授乳中の方はお申し出ください				
（妊娠_____カ月）（授乳中_____カ月）				
13 タバコを吸いますか？ □吸わない □吸う 本/1日 □過去に吸っていた				
14 来院しやすい日があれば教えてください				
□なし □不定期 □あり（_____）				
15 事前にメールで予約のお知らせサービスをしています。アドレスのご記入をお願いします				
□事前案内は不要 □希望する（_____@_____）				

16 これまでにかかった下記の病気について詳しく教えてください。

(□にチェックし該当するものに数字や文字を記入または○をして下さい)

- 高血圧症 / mmHg
- 狭心症  心筋梗塞 (ステント・人工血管)  
抗凝固剤の服用はありますか (有・無)
- 心不全  弁内膜症  感染性心内膜炎の既往 (有・無)
- 不整脈  ペースメーカーは入っていますか (有・無)  
抗凝固剤の服用はありますか (有・無)
- 喘息 最終発作はいつ起きましたか ( 年 月 日)  慢性気管支炎  
在宅酸素はしていますか  している  していない
- 甲状腺機能低下症  甲状腺機能亢進症
- てんかん
- 副腎皮質機能不全
- 脳梗塞  脳出血  くも膜下出血  
後遺症はありますか (・身体麻痺・知覚麻痺・言語障害・嚥下障害・口腔乾燥)  
抗凝固剤の服用はありますか (有・無)
- 腎臓病 (病名: )  
人工透析を受けている ( 曜日) (シャント右・左)
- 糖尿病 I型糖尿病・II型糖尿病  
HbA1c ( )
- 悪性腫瘍 (病名: )  
手術・放射線治療・化学(薬物)治療をして  いる  いない
- 骨粗鬆症  
服薬はありますか  なし  あり (BP系・ボンビバ・ボナロンゼリー静注・デノスマブ)  
その薬の服用開始はいつからですか 年 月 頃
- 関節リウマチ  
人工関節の手術をしていますか  している  していない
- B型肝炎  C型肝炎  HIV  その他感染症  
手術をしたことがありますか  ある (病名: )  ない
- アレルギー (薬・食物・麻酔・アルコール消毒・ゴム・金属・その他 ( ))
- 上記に該当はしない  その他 ( )

17 上記で受診しているかかりつけの病院や担当の先生を教えてください。

かかりつけの病院

病院

科

担当医

◆当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴・健診歴・服薬情報等)を取得することに同意しましたか?

はい  いいえ

当院では患者さんの診療情報を取得・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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1:6点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)  
ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。

お知らせ

当院は訪問診療を積極的に行っています。ご家族など通院困難な方がおられましたらお知らせください。

また、子供さん向けの歯科の食育(体やお口に良い食べ方)も指導、相談しています。

歯科の訪問診療の相談を希望  する  しない

食育の指導を希望する  する  しない

ご記入が終わられましたら受付までお願いします。