問 診 票

記入日：令和　　年　　月　　日　　No.

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日
お名前		年齢	歳　性別　男 ・ 女
ご住所	〒　　－	自宅電話	
		携帯電話	0　　0－　　－ ※携帯電話をお持ちの方は必ずご記入ください。

当てはまる箇所に☑をつけてください。 適切な診療を行うために必要な質問です。個人情報は保護されますので安心してご記入ください。

当院を知ったきっかけについて

□看板　□建物　□ホームページ
□チラシ　□インターネット検索
□ご紹介　（　　様）

来院された理由について ※複数回答可

□歯が痛い（場所：　　）
□歯がしみる
□歯垢、歯石取り　□虫歯治療
□定期検診　□入れ歯を作りたい
□詰め物が取れた　□歯がぐらぐらする
□矯正したい　□歯を白くしたい
□全体的に検査したい
□その他　具体的にご記入ください
（　　）
●いつからですか？（　　）

過去の歯科治療について

□血が止まらなかった　□熱が出た
□気分が悪くなった　□アレルギーが出た
□麻酔が効きにくかった　□腫れた
□その他（　　）

今回の治療について

□この機会に全て治したい
□検査・説明を受けた上で決めたい
□今回は気になるところだけ治したい
□できるだけ保険の適用範囲で治したい

お体の状態について

●現在のお体の状態はいかがですか？
□普通・良好　□不良
●現在飲んでいるお薬はありますか？
□ある（お薬の名前　　）
□ない
●医師に注意が必要と言われたお薬はありますか？
□ある（お薬の名前　　）
□ない
●アレルギーはありますか？
□ある（食物：　　お薬：　　）
□ない
●妊娠について（女性の方のみ）
□妊娠していない　□妊娠の可能性がある
□妊娠中（　　ヶ月）□授乳中

現在または過去にかかった病気について

□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□脳卒中
□糖尿病　□高血圧　□リウマチ　□血液疾患
□貧血　□ぜん息　□肝炎ウイルス（B・C）
□その他（病名　　）

当医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　（〇をつけてください）

当院では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。
◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）
加算1：4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。

新田歯科医院