



記入日 年 月 日

ふりがな
お名前 様 男・女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 () 歳

ご住所 〒

本人携帯番号

ご家族携帯番号

今日はどうなさいましたか？ 受診された症状について

- むし歯がある 歯が痛い 歯肉が痛い 腫れた
血が出る つめ物がとれた 入れ歯が合わない・破損した
 (発症の時期)
歯並びの相談 歯の清掃をしたい 検診 その他(_____)

今まで歯科治療で異常はありませんか？

- ない 麻酔で気分が悪くなった 倒れた
血が止まりにくかった その他(_____)

現在・以前(_____ 年前) 病気はありませんか？

- ない 糖尿病 心臓・血管 肝臓 胃腸
脳梗塞 貧血 高血圧 ぜんそく 結核
肝炎(B型 C型) HIV
その他(_____) 病名 _____ 病院 _____

他の医療機関からの紹介状について

- ある ない

他の医療機関に通院されていますか？

- していない している (医療機関名 _____ 受診日 _____ 内容 _____)

どのような治療を受けたいですか？

- 保険診療内で受けたい
保険外の方法も聞いて選びたい
最良の方法を選択したい

※自費の説明を希望されるかの大切な質問です。

◆裏面もご記入ください

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

する しない 持っていない

当院は診療情報を取得・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。

現在飲んでいるお薬はありますか？

ない ある（お薬 _____）

これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

ない ある（薬や食品の名前 _____）

女性の方へ

妊娠の可能性はありますか ない ある（出産予定日 ____ 月 ____ 日）

この1年間で健診を受診されましたか？（特定健診・高齢者健診に限る）

ない ある（指摘事項 _____ 受診時期 ____ 年 ____ 月頃）

当院をどのようにして知りましたか？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 家族からの紹介（ _____ 様） | <input type="checkbox"/> 知人からの紹介（ _____ 様） |
| <input type="checkbox"/> 当院のホームページを見て | <input type="checkbox"/> 自宅または会社から近いから |
| <input type="checkbox"/> その他のウェブサイト（ _____ ） | |
| <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 通りすがり | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |

その他、当院に対するご要望をお聞かせください

（例：痛いのが苦手なので、なるべく麻酔を使ってほしい）
※特に無ければご記入いただくなくてもかまいません

ご協力ありがとうございました。

上記問診表の結果は、治療に有効に使用いたします。
またご不明な点や変更点がありましたら お気軽にお申し出ください。