

問 診 票

(ふりがな)
氏名： 生年月日 年 月 日

住所： ☎

自宅電話： 携帯電話： 予約の変更等に使用します

職業： ご紹介者：

通院に便利な時間帯 特になし 月 火 水 金 土 午前 時頃 午後 時頃

- 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ いいえ はい
- 本日来院された理由をお聞かせください。
歯が痛い 口の中に違和感がある 歯を入れたい 歯をきれいにしたい その他 ()
- 今回の治療を機に、悪い所はすべて治したい 気になる所だけ治したい その他 ()
- 治療についてのご希望をお聞かせください。
保険の範囲内で治したい 保険以外、多少費用がかかっても良い その他 ()
- 以前に歯を抜いた時の状況についてお聞かせください。(歯を抜いた経験のない方は記入不要です)
異常なかった なかなか血が止まらなかった 熱が出た 貧血を起こした その他 ()
- 持病はありますか
特になし 血圧 心臓病 糖尿病 肝臓病 腎臓病 骨粗しょう症 その他 ()
- 今までに入院するような大きな病気にかかったことがありますか？
ない ある(病名： いつ頃： 病院名：)
- 現在、他の医療機関に通院していますか？
していない している(医療機関名：) (主治医の名前：)
- 現在、薬を服用していますか？(お薬手帳があれば記載不要です)
服用していない 服用している(薬の名前： 服用期間：)
- 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(具体的に：)
- 直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診等)を受診されましたか？
受診していない 受診した(健診名： いつ頃：)
- 女性の方へ 妊娠あるいは授乳中ですか？(妊娠中の場合、歯科治療ができない場合があります)
していない 妊娠中(月) 授乳中(乳幼児の年齢 歳 月)

◆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、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。