

## 問診票（ダウンロード用）

フリガナ	-----		
お名前	生年月日（ T・S・H・R ）	年	月 日
郵便番号	-----	-----	-----
ご住所	-----		
電話番号	（ ）	勤務先・学校名	（未記入可）
緊急連絡先の電話番号またはメール	-----		

- 本日来院された理由をお聞かせください  
1. 歯や歯茎が痛い 2. 腫れた 3. 詰め物が取れた 3. 入れ歯 4. 歯をきれいにしたい  
5. その他（ ）
- 現在、他の医療機関に通院していますか？  
1. していない 2. している（病名または病院名 ）
- 現在服用中のお薬はありますか？ 1. ない 2. ある（お薬の名前： ）
- お薬や食品、金属などでアレルギーを起こしたことはありますか？  
1. ない 2. ある（具体的に： ）
- 生活習慣（喫煙習慣[ あり ・ なし ] ・ 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？  
（ 1. ない 2. ある [ 病名： ； いつ頃： ； 病院名： ] ）
- 以前に歯を抜いた時の状況について（抜いたことがない方は記入不要です）  
1. 異常なし 2. なかなか血が止まらなかった 3. 熱が出た 4. 貧血を起こした 5. その他
- 同年代の方と比べて食事に時間がかかりますか？ 1. かからない 2. かかる
- 歯磨きはいつしますか？（ 起床後 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前 ）  
⇒1回の時間は（ ）分くらい  
歯ブラシ以外の清掃用具は（ 使わない ・ フロス ・ 歯間ブラシ ・ その他 ）
- 最近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？  
1. 受診していない 2. 受診した（健診名： ； いつ頃： ）
- 現在妊娠中ですか？  
1. していない 2. 妊娠中（ か月） 3. 授乳中（乳幼児の年齢 歳 か月）
- 今回の治療を機に 1. 悪い所はすべて治したい 2. 今回は痛い所だけ治したい  
3. 通院期限あり（ 月 日まで） 4. その他（ ）
- ◆ 治療に必要なレントゲンや模型等の個人情報及び、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すか？  
1. 同意する 2. 同意しない

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。

ご提供いただいた情報などは、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することはありません。