

# 問診票

カルテNo. \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

ふりがな

氏名

男・女

生年月日 T・S・H 年 月 日 歳

住所 ヶ

電話(携帯)番号 — — 職業

1 本日来院された理由をお聞かせください(✓をつけてください。複数回答可)

- 歯が痛い 詰め物、かぶせ物がとれた 虫歯の治療希望  
歯ぐきが痛い、腫れた 歯ぐきから血が出る  
入れ歯が痛い 入れ歯を作りたい 入れ歯が壊れた  
頬が痛い 歯並びが気になる  
歯石除去、クリーニング希望 ホワイトニング希望  
その他( )

2 薬、食品でアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

(具体的に: )

3 現在、他の医療機関に通院されていますか？ (はい・いいえ)

4 他の医療機関から処方された薬を服用していますか？ (はい・いいえ)

(薬名 )

5 今まで次の病気にかかったことはありますか？

- 心臓病(心不全、虚血性心疾患) 不整脈 脳血管障害 高血圧 低血圧  
糖尿病 てんかん リウマチ ぜんそく ウイルス性肝炎 腎臓病  
その他( )

6 現在妊娠中もしくはその可能性がありますか(女性の方)？ (はい か月・いいえ)

授乳中

7 治療についてのご希望をお聞かせください

- 悪い歯はすべて治したい 今回は痛い歯だけ治したい 相談して決めたい  
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よい  
その他の希望があれば( )

8 当院をどのようにしてお知りになりましたか

- 看板 通勤通学路、近所 ホームページ 電話帳  
家族、知人の紹介( 様) その他( )

☆ 当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報を取得することに同意しましたか？

(はい・いいえ)

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。