

# 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 〒

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

☐ 顎が痛い ☐ 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一切ございません。