

ご記入日 令和 年 月 日

問診票

フリガナ		男・女	生年月日	昭和	年 月 日 (歳)						
お名前				平成							
ご住所	〒 ー	自宅電話									
		携帯電話									
		勤務先電話									
		通院可能な曜日・時間帯		月	火	水	木	金	土	日	
勤務先(学校)		職業	〇つけて下さい	午前				×			×
				午後				×			×

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。

お手数ですが該当する場所に チェックをつけてお答えください。

当院を知ったきっかけ (どれか1つお選びください)

- 知人・家族の紹介(様) HPアクセス Googleマップ Google検索
 Instagram ビルを直接見て その他()

どうなさいましたか? (複数選択可)

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い あごが痛い 歯ぐきが腫れている
 歯がぐらぐらする 歯のクリーニング希望 歯石を取りたい
 入れ歯の具合が悪い(こわれた・痛い・作りたい) 歯ぐきから出血する
 親しらずを抜きたい 口の中を全体的に検査したい 差し歯・つめものがとれた
 口臭が気になる 歯を白くしたい 歯並び・かみ合わせが気になる
 治療が必要だと思う歯がある 定期検診を希望
 その他(具体的にご記入ください) _____

どこが痛みますか? (〇をつけてください)

右上 前上 左上 頬 舌 唇 顔 その他
右下 前下 左下

いつから痛みますか?

- 今日 ()日前から 時々 その他

どんな時に痛みますか？

- 常に 噛んだ時 冷たいもので 温かいもので
寝ている時 甘いもので その他()

歯の治療について不安はありますか？

- ない 非常に不安である 少し不安がある

どんな時に不安がありますか？

- 麻酔などの注射 歯を削る音 費用 その他()

過去に歯科治療 (歯科麻酔を使用した後など)で体の具合が悪くなったことがありますか？

- はい いいえ

過去に歯を抜いたりケガをしたあと、血が止まりにくかったことはありますか？

- はい いいえ

現在または過去にかかった病気について

- 高血圧 糖尿病 虚血性心疾患 心不全 脳血管障害 不整脈 腎臓病
てんかん 気管支炎 副腎機能不全 喘息 甲状腺機能低下症 甲状腺機能亢進症
蓄膿症 肝臓病 結核 ペースメーカー
認知症 関節リウマチ 感染症心内膜炎 その他(病名:)

現在飲んでいるお薬はありますか？

- ない ある

～あるとお答えの方へ～

- 血液をサラサラにするお薬 糖尿病のお薬
骨粗鬆症の薬 関節リウマチのお薬 その他(薬剤名:)

現在通院されている病院はありますか？

- ない ある(医院名:)

アレルギーはありますか？

- なし ある(種類 ヨード : ラテックス : その他「 」)

喫煙習慣に関してご記入ください

- 過去あり(歳～ 歳 / 1日約 本)
なし あり(1日約 本)

妊娠の可能性・予定はありますか？ (女性のみ)

- はい(妊娠 カ月) いいえ わからない 授乳中 不妊治療中

この機会に

- 悪くなっている歯は全部治療してほしい
痛いところだけ治したい

診療に対するご希望はありますか？

- 保険の範囲で治したい
場合によっては自費でも構わない(話を聞きたい)
最も良い材料・方法で治したい
自由診療の説明を聞きたい

署名：

- ◆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・服薬情報歴等)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。

- ◆医療情報取得加算(初診時)加算1:3点 加算2:1(マイナ保険証を利用した場合)
医療情報取得加算(再診時)加算3:2点 加算4:1(マイナ保険証を利用した場合)

- ❖ご提供いただいた情報は当院が医療・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。

リノデンタルオフィス