

相模原ラクーンさいとう歯科医院 問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 一 □相模原市(中央区 緑区 南区) □町田市		
電話番号	携帯	自宅	
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? ※1 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			
本日はどうなさいましたか? <input type="checkbox"/> 歯が痛む(□すごく痛い □少し痛い) <input type="checkbox"/> 痛くはないが、悪いところがある <input type="checkbox"/> 虫歯がある □歯がしみる □歯が浮いたような感じがする <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた □歯茎から血が出ている □かみあわせが悪い <input type="checkbox"/> 口の中にできものができた □詰物が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い □入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 歯を入れてもらいたい □歯の色が気になる □ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> 検診またはフッ化物塗布希望 <input type="checkbox"/> その他( )		症状のある部位に○をつけて下さい。 (右は右手側、左は左手側)  	
症状はいつ頃からありますか? 約( ) □日前から □週間前から □ヶ月前から □年前から			
最後に歯科を受診したのはいつごろですか? 約( ) □日前 □週間前 □ヶ月前 □年前			
今までにかかった病気や手術はありますか? <input type="checkbox"/> なし □あり( )			
現在、治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/> なし □あり( )			
現在飲んでいる薬はありますか? ※2参照 <input type="checkbox"/> なし □あり( )			
以下当てはまるものはありますか? □なし <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c____) □骨粗しょう症 □血液サラサラのお薬服用、または血が止まりにくい □舌下療法 <input type="checkbox"/> 心臓病(ペースメーカー有・無) □肝臓病(肝炎 型) □腎臓病 □その他( )			
喫煙: □吸わない □吸う( 本/日 × 年間) □禁煙した( 年前から。それまで( 本/日 × 年間)) 飲酒: □飲まない □飲む(週 日) 種類・量( )			
お薬・食べ物のアレルギーはありますか? □なし □あり( )			
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか? <input type="checkbox"/> なし □あり □麻酔をしたことがない			
今回の治療の希望を教えてください <input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全部治したい □痛いところだけ治したい □相談してから決めたい <input type="checkbox"/> 保険の範囲で治療してほしい □自由診療も含め治療方を説明してほしい			
※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ □はい(□妊娠中 □妊娠の可能性あり □授乳中) □血液がサラサラになる薬を服用している			
他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? □なし □あり			
健診履歴 ※2参照	検診(特定検診及び高齢者検診に限る) □なし □あり 指摘事項 □なし □あり (受診時期 年 月 指摘内容 )		
受診可能な曜日を教えてください(□月 □火 □水 □金 □土 □日)			
当院をどちらでお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> インターネット □看板 □知人 □通りがかり □その他( )			
その他			

※1 マイナ保険証とはマイナンバーカードの健康保険証利用のことです

※2 マイナ保険証による情報取得に同意した方については、直近1カ月以内の処方薬を除き記載を省略可能です。

当院は診療情報を取得・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。

※ご協力ありがとうございました。