

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	〒 - □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			

<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>歯が痛む (<input type="checkbox"/>かなり痛い <input type="checkbox"/>少し痛い)</p> <p><input type="checkbox"/>痛くはないが、悪いところがある</p> <p><input type="checkbox"/>虫歯がある <input type="checkbox"/>歯茎が腫れた</p> <p><input type="checkbox"/>歯茎から血が出ている <input type="checkbox"/>かみあわせが悪い</p> <p><input type="checkbox"/>歯がしみる <input type="checkbox"/>歯が浮いたような感じがする</p> <p><input type="checkbox"/>口の中にできものができた <input type="checkbox"/>詰物が取れた</p> <p><input type="checkbox"/>入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/>入れ歯が壊れた</p> <p><input type="checkbox"/>歯を入れてもらいたい <input type="checkbox"/>歯の色が気になる</p> <p><input type="checkbox"/>ホワイトニングをしたい</p> <p><input type="checkbox"/>検診またはフッ化物塗布希望</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>	<p style="text-align: center;">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)</p> <div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">右 上</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">左 上</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; margin-top: 100px;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">右 下</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">左 下</div> </div> </div>
<p>症状はいつ頃からありますか？</p> <p>約 () <input type="checkbox"/>日前から <input type="checkbox"/>週間前から</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>ヶ月前から <input type="checkbox"/>年前から</p>	
<p>最後に歯科を受診したのはいつごろですか？</p> <p>約 () <input type="checkbox"/>日前 <input type="checkbox"/>週間前</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>ヶ月前 <input type="checkbox"/>年前</p>	
<p>今までにかかった病気や手術はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？ ※2参照 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>以下当てはまるものはありますか？ <input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病 (HbA1c____) <input type="checkbox"/>骨粗しょう症 <input type="checkbox"/>血液サラサラのお薬服用、または血が止まりにくい</p> <p><input type="checkbox"/>舌下療法 <input type="checkbox"/>心臓病 (ペースメーカー 有・無) <input type="checkbox"/>肝臓病 (肝炎 型)</p>	

□その他 ()	
喫煙：□吸わない □吸う (本/日 × 年間) □禁煙した (年前から。それまで喫煙 (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？ □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 □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 □保険の範囲で治療してほしい □自由診療も含め治療法を説明してほしい	
※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？ □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？ □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保険証のことです。

※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ヶ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。