

問 診 票

下記の質問に正確に○及び御記入願います。

その他、気になることがございましたら、空いているスペースに御記入ください。

(*) 印の項目はマイナ保険証で情報をいただいた場合には省略可能です。

ふりがな

お名前 _____ 男・女 _____ 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

〒

自宅

ご住所 _____ 携帯 _____ (続柄 _____)

メールアドレス _____

@ _____

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

いいえ ・ はい

来院されたきっかけは？

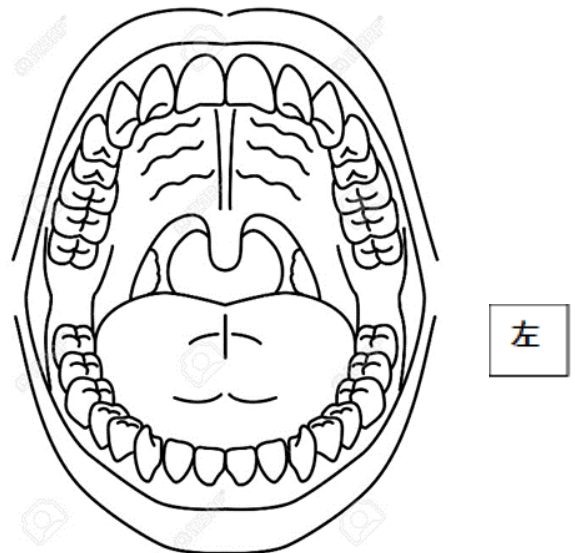
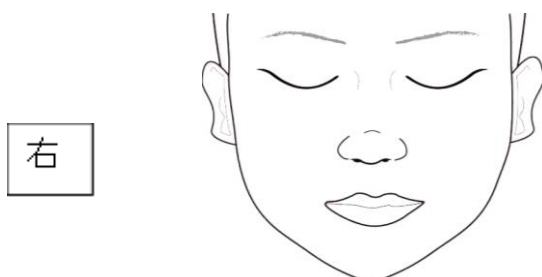
知人や親類の紹介(_____)

看板 ・ ホームページ ・ バス広告 ・ その他(_____)

本日来院された理由をお聞かせください。

その場所はどちらですか？

気になる場所と症状をご記入ください



いつ頃からその症状があらわれましたか？

今日 ・ 約 _____ 日くらい前から ・ 時々 ・ 今は痛くない

その他(_____)

現在、他の医療機関に通院していますか？

いいえ ・ はい → ※別紙にて御記入頂きます。受付にお申し出下さい。

現在、他の医療機関から処方された薬などを服用していますか？ (*)

服用していない ・ 服用している (高血圧・糖尿病・骨粗鬆症・膠原病・その他 _____)

※別紙にて御記入頂いた方は記入不要です。

今までに入院するような大きな病気にかかったことがありますか？

ない ・ ある (病名: _____ いつ: _____ 病院: _____)

※別紙にて御記入頂いた方は記入不要です。

裏面も御記入ください

薬や食べ物などのアレルギー、特異体質などはありますか？ 例：キウイ、柑橘類、アルコールなど
ない ・ ある → 薬で胃が痛くなる ・ 気分がわるくなる（薬名： ）
じんま疹 ・ アトピー ・ 喘息 ・ その他（ ）

麻酔や抜歯をして何か異常はありませんでしたか？

ない ・ 気分が悪くなる ・ 血が止まりにくい ・ 貧血 ・ その他（ ）

直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診等）を受診されましたか？（*）

ない ・ ある（健診名： ； いつ頃： ）

女性の方へ

妊娠中（ ヶ月） ・ 産後（ ヶ月） ・ 授乳中 ・ どちらでもない

喫煙習慣は？

ない ・ ある ・ 過去にある

睡眠時間は？

十分 ・ やや不足 ・ 不足

歯みがきの指導は？

習ったことがない ・ 習ったことがある（いつ頃： ）

治療方法のご希望は？

悪いところは全て治したい ・ 痛むところだけ治したい ・ 保険の範囲内で治したい
場合によっては自費でも構わない（話を聞きたい） ・ 最も良い材料と方法で治したい

その他、要望等がありますか？

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

当院では患者さんの診療情報を取得・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・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

* 記入された個人情報、幕張西歯科医院個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。

* 当院では栄養指導を行っています。お気軽にご相談下さい。



幕張西歯科医院