

問 診 表

当院での診療の参考にさせていただきますので、下記の質問にできるだけ正確にお答えください。個人のプライバシーは厳守いたします。

記入日	年	月	日	ふりがな
カルテNo.	Dr.			氏名

以下のあてはまることに✓を入れてください。

<p>◆どうなさいましたか？(いくつでも可)</p> <p><input type="checkbox"/> 痛いところがある</p> <p><input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい</p> <p><input type="checkbox"/> 歯がしみる</p> <p><input type="checkbox"/> つめもの、かぶせものがとれた</p> <p><input type="checkbox"/> 抜歯をしたい</p> <p><input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い、腫れている</p> <p><input type="checkbox"/> 定期健診、検査をしてほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい(クリーニング)</p> <p><input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い、合わない</p> <p><input type="checkbox"/> 口臭が気になる</p> <p><input type="checkbox"/> インプラント</p> <p><input type="checkbox"/> ホワイトニング</p> <p><input type="checkbox"/> 歯並びが気になる</p> <p><input type="checkbox"/> 区民健診</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	<p>◆骨粗鬆症の薬を飲んでいますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 飲んでいる</p> <p>◆現在、他科の医院に通院していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある → 病院名()</p> <p>科() 担当医師名()</p> <p>◆アレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 薬()</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>◆歯科治療で気分が悪くなったことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある ↓</p> <p>・抜歯 ・麻酔 ・音 ・におい ・長時間診療</p> <p>・その他()</p> <p>◆喫煙習慣はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (1日 本くらい)</p>
<p>◆いつから？</p> <p><input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から</p> <p><input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々</p>	<p>◆現在、妊娠中もしくは可能性はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (月)</p>
<p>◆次の病気にかかったことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある ↓</p> <p>・糖尿病 ・心臓疾患 ・高血圧(/)</p> <p>・不整脈 ・心不全 ・脳血管疾患 ・血液疾患</p> <p>・肝臓疾患【 B型 C型 その他()】</p> <p>・腎臓疾患 ・胃腸疾患 ・梅毒 ・血液疾患</p> <p>・てんかん ・リュウマチ ・ぜんそく</p> <p>・その他()</p>	<p>◆治療についてのご希望は？</p> <p><input type="checkbox"/> 今回は応急処置のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 悪いところは全て治療してほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 一部だけでよい</p> <p>◆治療が必要となった場合は？</p> <p><input type="checkbox"/> 良い方法があれば保険外でもよい</p> <p><input type="checkbox"/> 相談して決めたい</p> <p><input type="checkbox"/> 保険の範囲内の治療を希望</p>
<p>◆現在飲んでいる薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある → ()</p>	<p>◆当院で定期的な予防や健診を希望しますか？</p> <p><input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 相談したい</p> <p>◆当院にお見えになったのは？</p> <p><input type="checkbox"/> 初めて(看板・ホームページ)を見て <input type="checkbox"/> 以前来ていた</p> <p><input type="checkbox"/> 紹介 → (ご紹介者)</p>
<p>◆マイナ保険証を提出された方</p> <p>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すか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	

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申し上げます。