問診票

カルテNo

ふりがな 氏名	生年月日	S・H・R　　年　　月　　日
住所　〒	電話番号	自宅　（　　） 携帯等（　　）

◆該当する箇所に✓をご記入ください

1.本日はどのような理由で来院されましたか □歯の痛み □歯ぐきの痛み、腫れ、出血等 □顎の痛み □かぶせものの不調（取れたなど） □入れ歯の不調 □歯並び、かみ合わせが気になる □検診 □歯石、着色を取りたい □他（　　）	
2.歯科の受診はどれくらいぶりですか （他院含む）	□（　　）年ぶり □最近まで他院を受診していた □歯科受診は初めて
3.治療に関してのご希望をお聞かせください	□全体的に調べて必要あれば治療したい □気になるところだけ治療してほしい
4.治療の方針についてのご希望をお聞かせください	□すべて保険内で治療してほしい □必要あれば保険外の治療も相談したい □できるだけ保険外で治療してほしい
5.初めて受診された方へ、当院をどのようにしてお知りになりましたか	□近い　□インターネットからの情報 □ご家族、お知り合い等からのご紹介 □その他（　　）
6.問５でご紹介とお答えの方へ、 よろしければ紹介者様のお名前と、紹介理由をお聞かせください ○ご紹介者様 （　　）様	□痛くない □親切 □いつでも診てくれる □腕が良い □詳しく説明してくれる □その他

◆該当する箇所を〇で囲んでください

1.歯科における麻酔時、気分が悪くなった経験はありますか	歯科で麻酔経験はない	はい	いいえ
2.歯を抜く治療の際に、血が止まりづらかったり気分が悪くなったことはありますか	抜歯の経験はない	はい	いいえ
3.喫煙の習慣はありますか		はい	いいえ
4.現在医師の治療を受けていますか		はい	いいえ
5.問４で「はい」とお答えの方へ、当てはまるものがあれば✓をご記入ください □高血圧　□糖尿病　□血液疾患 □脳血管障害　□肝疾患　□腎疾患 □呼吸器疾患　□貧血　□骨粗鬆症 □心疾患（□ペースメーカー装着）□各種アレルギー　□その他			
6.現在服用中の薬はありますか		はい	いいえ
7.問６で「はい」とお答えの方へ、分かりましたら薬品名をお知らせください （　　） (※お薬手帳をご持参の方、服用中で薬品名が不明な方は記入不要です)			
8.B型・C型肝炎、HIV等のウイルス性疾患をお持ちですか		はい	いいえ
9.女性の方へ、現在妊娠中、もしくはその可能性がありますか		はい	いいえ

◆マイナ保険証の利用に関して

当院はマイナ保険証の利用を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関として、初診時に以下に記す【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】を算定しております

〇マイナ保険証を利用しない場合⇒６点　〇マイナ保険証を利用した場合　⇒２点

正確な情報の取得・活用のため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

今後マイナ保険証での受診予定がある方は、同意書にご記入をお願いいたします

同意書

マイナ保険証を利用する際に、診療情報取得に同意しますか？

該当する箇所に✓をご記入ください

□同意します　　□同意しません

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(注)診療情報取得に同意しない場合は、マイナ保険証を利用してもマイナ保険証を利用した場合に該当せず、初診時６点の加算となります。予めご承知おきください。

◆当院に対するご希望等ございましたら以下にご自由にお書きください