

# 問診票

※問診票はあなたのお口の状態、お体の状態を知る上で大変重要です。太枠内の項目を正確にご記入ください。

記入年月日： 年 月 日

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| フリガナ<br>氏名 | 生年月日 T・S・H 年 月 日 ( 歳) |
| 住所 〒 -     | 緊急時連絡のつく電話番号          |
|            | E-mail                |

↑メールで予約日のご案内を行っています。利用希望の方はご記入下さい

## ・主訴について

|                                              |                                                                  |                                         |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 今日はどうなさいましたか？                                |                                                                  | (スタッフ記入欄) 担当：<br>①主訴②主訴以外の悩みなど③希望する口腔状態 |
| 過去、歯の治療中異常はありましたか？                           | いいえ・はい ( )                                                       |                                         |
| ・全身状態について                                    |                                                                  |                                         |
| 現在、他医療機関に通院していますか？                           | いいえ・はい ( 年 月頃から、病院名 )<br>(病名、治療内容 )                              |                                         |
| 現在、他医療機関の処方薬など服用していますか？                      | いいえ・はい ( 年 月頃から □お薬手帳あり )<br>(薬剤名 )                              |                                         |
| 今までに入院や手術をするような大きな病気にかかったことがありますか？           | いいえ・はい ( 年 月頃から、病院名 )<br>(病名、治療内容 )                              |                                         |
| 特異体質、アレルギーはありますか？                            | いいえ・はい ( )                                                       |                                         |
| 妊娠、または授乳されていますか？                             | いいえ・はい (□妊娠 週・□授乳中 )                                             |                                         |
| ・医療情報について                                    |                                                                  |                                         |
| 本日は右記いずれを持参しましたか？                            | <input type="checkbox"/> マイナ保険証 ・ <input type="checkbox"/> 健康保険証 |                                         |
| マイナ保険証の方は診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか？ | はい・いいえ                                                           |                                         |
| 直近1年間で健診など受けましたか？                            | いいえ・はい<br>( 年 月□特定健診 □高齢者健診 □人間ドック)                              |                                         |

## ・アンケートにご協力ください

|                   |                                                                                                                                  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当院はどこでお知りになりましたか？ | <input type="checkbox"/> ご紹介 ( 様 ) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> そのほか ( ) |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※当院では医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)は現在算定しておりません。

ご協力ありがとうございました。

|                                                                                                                                       |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| (スタッフ記入欄) 身長： cm、体重： kg ④歯科医院の通院歴 ⑤そのほか                                                                                               |                               |
|                                                                                                                                       | <p>Assessment</p> <p>Plan</p> |
| <input type="checkbox"/> これまでの確認 <input type="checkbox"/> 治療の流れ説明 <input type="checkbox"/> キャンセルポリシー説明 <input type="checkbox"/> 初診パック |                               |