

問 診 表

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな			
氏名	_____	男・女・それ以外	
		明・大・昭・平・令	_____年_____月_____日(歳)
住所	〒 _____		
		_____市	
電話	(_____)	緊急時	(_____)
職業	_____	勤務先名	_____

【当院をどこでお知りになりましたか】

看板 ホームページ 通院中の方からの紹介(_____) その他(_____)
紹介して下さった方は、当院のことをどのようにお話していましたか？よろしければ教えてください。

【来院理由】

どうされましたか？具体的に教えてください。

【既往歴】

なし あり

<ありに☑の方は詳しくお聞かせ下さい>

心疾患 脳血管障害 糖尿病 高血圧 胃潰瘍 甲状腺機能亢進症・低下症
肝臓病 腎臓病 副腎皮質機能不全 骨粗鬆症 呼吸器系疾患 てんかん
その他(_____) 女性の方へ 妊娠中もしくは妊娠の可能性・授乳中

【服用中の薬】 なし あり (_____)

【アレルギーの有無】 なし 抗生剤 麻酔 食べ物 金属 他(_____)

【歯科での麻酔・抜歯経験は】 なし あり 他(_____)

ご希望や、過去に歯科医院でされて良かったこと・嫌だったことなど、、なんでも結構です。

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算Ⅰ 4点 加算Ⅱ 2点(マイナ保険証を利用した場合)