

## 問診票

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	年 月 日生まれ 歳
現住所	〒 _____			
連絡先電話番号	自宅	携帯	メール アドレス	

下記質問へのご回答をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意します。  はい  いいえ

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。

正確な情報を取得するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

## ◆歯について

[1] ①いかがされましたか？

- 歯が痛い ( かすかに <  軽く <  かなり <  強く <  耐えられない程)  
 歯がしみる  歯が浮いている  歯ぐきから血が出る  歯ぐきが腫れた  
 口内に何かできた  詰め物が取れた  義歯が壊れた  歯を入れてもらいたい  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

②上記の症状はいつからありますか？

[2] 今回より前に歯科診療を受けたことはありますか？

- ない  当医院  他の医院 で、( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) か月前 ( ) 年前  
⇒現在は、 完治した  通院中  途中で止めた

## ◆歯以外の病気について

[3] 通院中・治療中の病気はありますか？

現在治療中の病気はにチェックを、過去に治療した病気は病名に×印をお願いします。

- ない  
 高血圧  心臓病 ( 狭心症  心筋梗塞  不整脈  弁膜症  
 心不全  心筋症  先天性心疾患)  糖尿病  脳卒中  
 ぜんそく  肝臓病  腎臓病  てんかん  
 アレルギー  甲状腺の病気  がん  認知症  HIV  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## ◆お薬・治療状況について

[4] 現在服用中の薬剤はありますか？

- ない  ある / ( お薬手帳  お薬) を持ってきている  
①服用中の薬剤がある方は、お薬の名前 (不明な場合は何のお薬か) を教えてください。  
( \_\_\_\_\_ )  
②ペースメーカー、または胸の中に何か埋め込んでいますか？  はい  いいえ

歯科	<input type="checkbox"/> 睡眠鎮静剤・抗不安剤 106	<input type="checkbox"/> 抗てんかん剤 110	<input type="checkbox"/> 解熱鎮痛消炎剤 114
医院	<input type="checkbox"/> 循環器系薬剤 118	<input type="checkbox"/> 副腎皮質ホルモン剤 122	<input type="checkbox"/> 抗血栓剤 128
記載	<input type="checkbox"/> 糖尿病用剤 132	<input type="checkbox"/> BP 製剤 136	<input type="checkbox"/> 腫瘍用薬・免疫抑制剤 142 <input type="checkbox"/> その他

## ◆おからだの状態について

[5] 生活の中で気になる おからだ の状態を教えてください。

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| ①階段を休まずに2階まで昇れますか？             | ① <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                   |
| ②胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか？   | ② <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                   |
| ③食べる時にむせることがありますか？             | ③ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                   |
| ④意識がなくなったり、気が遠くなったりしたことがありますか？ | ④ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                   |
| ⑤歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？       | ⑤ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                   |
| ⑥けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？    | ⑥ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                   |
| ⑦薬のアレルギーはありますか？                | ⑦ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性・疑いあり <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧妊娠・授乳中ですか？                    | ⑧ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性・疑いあり <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑨この一年間で健診を受診しましたか？             | ⑨ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                   |

◆生活習慣について

[6] 生活習慣について教えてください。

- ①歯磨きは、  
【時間帯】  起床後  朝食後  昼食後  夕食後  就寝前  
【1回の時間】 ( ) 分程度  
【使うもの】  歯ブラシ  フロス  歯間ブラシ  その他 ( )
- ②喫煙習慣は、 なし  あり  過去にあり
- ③睡眠時間は、1日平均 ( ) 時間程度
- ④習慣的によく飲むものは、 なし  あり
- ⑤間食は、 しない  規則正しく摂る  不規則に摂る

◆治療のご希望について

[7] ご希望の治療を教えてください。

- 悪いところは全部治療したい
- 痛いところだけ、希望するところだけ治したい
- 歯の磨き方などについても教えて欲しい
- 検査・クリーニングについて教えて欲しい
- できるだけ保険を使った治療を希望
- 保険のルールがよく分からないので説明して欲しい
- 自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい

◆当医院へのご要望など

[8] ご来院いただきありがとうございます。来院の動機を教えてください。

- 他の医院からの紹介(紹介元: ) /  紹介状を持っている)
- 医院以外の方にすすめられた /  家族の勧め  友人・知人の勧め  その他 ( )
- 自宅・職場に近いから
- 雰囲気が良いと聞いて
- その他 ( )

[9] 当医院へのご要望がありましたら教えてください。

( )