

問診票

いしはた歯科クリニック

ふりがな

氏名： _____

性別： 男 ・ 女 _____

生年月日：大・昭・平・令 年 月 日生（満 歳）

血液型： _____ 型

住所 〒 _____

建物名

号室

電話番号： _____ (_____)

緊急連絡先： _____ (_____)

(自宅 会社 その他： _____)

● 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか はい いいえ

● マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか。

いいえ はい⇒ 本日、診療情報取得に同意されましたか はい いいえ

【症状について】

・ 本日は、いかがなさいましたか 治療・診察希望 顎診療希望 検診希望 その他： _____

・ 症状について教えてください（記入例：部位：右下奥 症状：痛い・しみる・腫れている いつから：3日前）

(部位： _____ 症状： _____ いつから： _____)

【生活習慣】

・ 歯磨きはいつされますか 起床後 食後(朝 昼 夜) 就寝前 ⇒1回の歯磨き時間：約 _____ 分

・ 歯ブラシ以外の利用 なし フロス 歯間ブラシ その他： _____

・ タバコは吸われますか 吸わない 禁煙中 喫煙（喫煙期間 _____ 年間、1日 _____ 本）

・ お酒は飲まれますか はい いいえ

・ 睡眠について 約 _____ 時間 (良好 普通 不良)

・ 食生活について 習慣的飲物 なし あり（何を飲みますか： _____）

間食 不規則 規則的 あまりしない

【既往歴】

・ 服用中の薬 なし あり⇒薬剤名： _____

・ お薬手帳は 忘れた 作っていない あり→ご提示お願いします

※現在、服用中のお薬がある場合は、お薬手帳を次回お持ちください。

・ 現在もしくは過去の全身疾患・慢性疾患 なし あり→下記の病気に✓を入れてください。

<全身疾患>

脳血管障害 パーキンソン病 てんかん 気管支喘息 慢性気管支炎 虚血性心疾患

高血圧 心不全 不整脈 慢性心臓病 肝炎(_____ 型) 糖尿病

甲状腺機能低下症 甲状腺機能亢進症 感染性心内膜炎 副腎皮質機能不全

骨粗鬆症 関節リウマチ 花粉症 その他(_____)

アレルギー (食物： _____ その他 _____)

薬物アレルギー (抗生剤 麻酔 ピリン系 ヨード その他： _____)

<慢性疾患> ペースメーカー 透析

・ 手術の経験は なし あり (いつ頃： _____ 病名： _____)

・ かかりつけ医 病院名： _____ 担当医： _____

【歯科既往歴】

- ・歯科での麻酔の経験 なし 不明 あり(その時の異常は なし あり⇒症状_____)
- ・抜歯の経験は なし 不明 あり(その時の異常は なし あり⇒症状_____)
- ・歯磨き指導の経験は なし 不明 あり(他院 学校)
- ・歯周病治療の経験は なし 不明 あり

【女性の方へ】

妊娠中⇒現在_____ヵ月、予定日：_____年_____月_____日 授乳中

【アンケート】

- ・職業：_____ 勤務先名：_____
- ・当院をどのように知りましたか
インターネット 知人からの紹介(名前：_____)
※紹介した方・紹介された方には歯ブラシをプレゼントしています。
その他(_____)
- ・他の医院で辛い経験はありましたか
いいえ はい⇒差し支えなければ内容をお聞かせ下さい
(_____)
- ・現在スポーツをされていますか いいえ はい⇒スポーツ：_____
- ・診療について希望はありますか ※該当する項目にすべて✓してください。
問題ある場所は全て治したい 費用がかかってもなるべく長持ちする治療を受けたい
保険の適用範囲で治したい 先生が考えている理想的な治療の提案を聞きたい
お口全体の虫歯、歯周病、口臭のリスクを把握したい
その他 ※ご希望、特記事項等があれば記入をお願いします

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。

※ 個別の診療報酬算定項目の分かる明細書が必要な方は、右の四角にチェックをつけて下さい。

ありがとうございました。
御手数ですが、受付までお持ちください。
ご不明な点などございましたら遠慮なくお声
掛けください。 いしはた歯科クリニック

