記入日：　　年　　月　　日

問 診 票

(ふりがな)
氏 名：　　生年月日 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日

住 所：〒　　電 話：

Eメールアドレス：　　職 業：

以下のあてはまることに○をつけてください。なお、（※）印の項目はマイナ保険証で情報をいただいた場合には省略可能です。

○ 本日当院に来院されたのは、　1．初めて　2．過去に来院したことがある（いつ頃：　　）

○ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？　1．いいえ　2．はい

○ 現在、他の医療機関に通院していますか？　1．していない　2．している（医療機関名：　　）

○ 本日来院された理由をお聞かせください。
1．歯が痛い　2．口の中に違和感がある　3．歯を入れたい　4．歯をきれいにしたい　5．その他（　　）

○ 治療についてのご希望をお聞かせください。
1．保険の範囲内で治したい　2．保険以外、多少費用がかかっても良い　3．その他（　　）

○ 以前に歯を抜いた時の状況についてお聞かせください。（歯を抜いた経験のない方は記入不要です）
1．異常なかった　2．なかなか血が止まらなかった　3．熱が出た　4．貧血を起こした　5．その他（　　）

○ 現在、他の医療機関から処方された薬などを服用していますか？（※）
1．服用していない　2．服用している（薬の名前：　　服用期間：　　）

○ これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？
1．ない　2．ある（具体的に：　　）

○ 今までに入院するような大きな病気にかかったことがありますか？
1．ない　2．ある（病名：　　いつ頃：　　病院名：　　）

○ 直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診等）を受診されましたか？（※）
1．受診していない　2．受診した（健診名：　　いつ頃：　　）

○ 現在、妊娠していますか？（妊娠中の場合、歯科治療ができない場合があります）
1．していない　2．妊娠中（　　カ月）　3．授乳中（乳幼児の年齢　　歳　　カ月）

◆当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴、健診歴、服薬情報等）を取得することに同意しましたか？

はい　・　いいえ

当院では患者さんの診療情報を取得・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1：4点　加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。

神戸歯科医院