

基礎アンケート

日付 _____ カルテNo. _____

ふりがな
お名前 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ _____ 歳

ご住所 〒 _____

ご連絡先 自宅番号: _____ 携帯番号: _____

ご職業 勤務先: _____ 電話番号: _____

* 名刺をお持ちの方は可能であればご提出ください

該当するものに記入、又はチェックを入れてください（この問診表が外部に持ち出される事はありません）

■ 最後に歯科医院に通院したのはいつ頃ですか

■ 来院のきっかけを教えてください

- インターネット（HP・Instagram・その他）
- クチコミ
- 自宅・職場が近い
- 外観・雰囲気
- 家族・親戚が通っている（いた）
お名前 _____
- 勤務先の人に通っている（いた）
お名前 _____
- その他 知人の紹介
お名前 _____
- 上記以外

■ ご希望・興味のあるもの

- 全て保険で済ませたい
- 自費に興味があるもので説明だけでも聞きたい
- 出来るだけ自費のものをいれたいので説明を受けたい
- インプラントに興味があるので必要であれば説明してほしい
- スマイルデンチャー（バネなし入れ歯）について
- ホワイトニングについて
- その他

※詳細は、その都度説明させていただきますが、
気になるところがございましたら遠慮なくご質問下さい

■ その他、伝えておきたいこと、気になることがございましたらお書きください。

初診時の問診表

記入日 令和 年 月 日

お名前 _____ 様 ※該当するところに記入、又はチェックを入れてください。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

はい いいえ

- 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

はい いいえ

↳ 受付に提出してください

- 本日受診した症状について (症状の内容、発症時期、経過、検査希望等)

- 現在、他の医療機関に通院していますか？ (医療機関名、受診日、診療内容等)

はい いいえ

↳

- これまでにかかっている病気はありますか？ (病名、時期、治療内容等)

はい いいえ

↳

- 現在処方されている薬がありますか？ (薬剤名、容量、投薬期間、注射等)

*マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1か月以内の処方薬を除き、☑のみ

はい いいえ

↳

- この1年間で健診 (特定健診および高齢者健診に限る) を受診しましたか？ (受診時期、指摘事項等)

*マイナ保険証による情報取得に同意した方は、☑のみ

はい いいえ

↳

- これまでに歯科麻酔や薬、食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？ (原因となったもの、症状等)

はい いいえ

↳

- お口のお手入れについて

- 毎日歯磨きをしていますか？ (1日 回) 起床後 食後 (朝・昼・夜) 間食後
 就寝前 磨かない日もある
- 1回にかける時間は？ ()分くらい
- 歯ブラシ以外の清掃用品は？ ()

- タバコを1日どれくらい吸いますか？

吸わない 過去に吸っていた 吸う (1~10本・11~20本・21本以上)

- 女性の方へ

現在妊娠中？ はい (週目 / つわりは ある・ない) わからない いいえ

現在授乳中？ 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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。