ID

総合クリニック ドクターランド幕張

歯科 問診票

記入日　令和　　年　　月　　日

氏名	フリガナ	男・女	生年月日	大・昭・平・令
				年　月　日（　歳）

下記の質問にお答えください。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

●いつ頃からですか。

□1～3日前から　□1週間前から　□1ヶ月前から　□その他（　　）前から

●どのような症状ですか。

□歯が痛い　□歯がしみる　□虫歯がある
□歯茎がはれた　□歯茎が気になる　□親知らずが気になる
□つめもの・被せものが取れた　□歯並びが気になる　□入れ歯を作ってほしい・直したい
□検診希望（クリーニング含む）
□その他（　　）

2. 治療の範囲について

□悪いところは全部治したい　□治療希望の箇所だけでよい　□相談の上、治療したい

3. 今までに、歯を抜いた後や治療をした後に異常はありませんでしたか？

□ない　□ある　※「ある」の場合、お答えください。

□熱が出た　□麻酔がききにくかった
□貧血を起こした　□血が止まりにくかった

4. 現在、他の病院にかかっていますか。

□いいえ　□はい　※「はい」の場合は、ご記入ください。

病名：

5. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

□いいえ　□はい

□喘息　□B型肝炎　□C型肝炎　□肝臓病　□腎臓病
□糖尿病　□高血圧　□心臓病　□感染性心内膜炎　□心不全　□不整脈
□脳血管障害　□関節リウマチ　□骨粗しょう症　□骨吸収抑制薬を使用していない
□HIV　□骨吸収抑制薬を使用している

上記の病気の方で血液サラサラになるお薬を服用していますか？□はい　□いいえ

6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことはありますか。

□いいえ　□はい　原因：　症状：

7. 現在、内服している薬がある場合はご記入ください。

内服中のお薬：

8. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか　□いいえ　□はい　□可能性あり

授乳中ですか　□はい

9. その他、ご希望や不明な点があればご記入ください。

（　　）

□　**定期健診お知らせのはがき送付に患者様情報を使用する事に御承諾いただける場合は左記にレ点をお願いします。**

・ 歯科医師の診断でこちらでの治療が難しい場合、第三次医療機関に紹介になる可能性があります。

・ 治療内で局所麻酔を行い、ごく稀に知覚麻痺が起こる場合があります。その際は薬を処方、または第三次医療機関に紹介させていただきます。

□　**上記注意事項をお読みいただき、処置を希望される場合は左記にレ点にチェックお願いします。**

↓　ここからはマイナンバー保険証による質問事項です。必ずご回答ください。　↓		
○マイナ保険証による診療情報の取得に同意する。	□はい	□いいえ
○他の医療機関からの紹介状を持っている。	□はい	□いいえ
○現在、他の医療機関に通院している。 ※通院されている方 医療機関名　受診日　治療内容	□はい	□いいえ
○この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診した。	□はい	□いいえ

ドクターランド幕張は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。
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致します。
※（マイナ保険証を利用した場合）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

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。