

いがらし歯科グループ 問診表

フリガナ

記入日 年 月 日

氏名 男・女

生年月日(大・昭・平・令) 年 月 日 () 歳

現住所 〒

携帯電話 - -

TEL ()

職業:会社員 自営業 公務員 パート/アルバイト 学生/園児 主婦/夫 無職 その他()

会社名()

当院をお知りになったのは ・知人の紹介()様) ・ホームページ ・医院の前を通過して

・他の医療機関からの紹介状(医院名:) ・その他()

1、来院された理由(○を付けてください)

- ・痛い所がある ・揺れている ・黒い所がある ・詰め物がとれた ・しみる(冷・熱) ・入れ歯を治したい
- ・歯を白くしたい・歯茎が気になる ・歯石を取りたい ・矯正の説明を聞きたい ・インプラントの説明を聞きたい
- ・その他()

2、痛むところがありますか？

・ない ・ある(歯・歯茎・あご・その他) ⇒ いつから?()

3、歯科治療経験はありますか？

・いいえ ・はい ⇒ 最終歯科治療年月 (年 月 頃)

4、麻酔注射をされたことはありますか？

・いいえ ・はい ⇒ その時の気分は？ ・なんともない ・悪くなった

5、下記の病気にかかったことはありますか？

・いいえ ・はい ⇒ 下記の該当する病名や部位に○を付けてください

高血圧性疾患(数値:⓪ / ⓫) 心臓(虚血性心疾患/不整脈/心不全/ペースメーカー/その他) 脳血管疾患

糖尿病 てんかん 甲状腺 喘息 腎臓 胃・腸 すい臓 肝臓(B型/C型/その他) 血液疾患 婦人科系疾患

アレルギー(原因:) その他()

(症状:)

6、現在、他の医療機関にかかっていますか？

・いいえ ・はい ⇒ 病名・服用薬・医療機関名と担当医名を記入してください

病名	服用薬	医療機関名・担当医名

7、医師、歯科医師から使用する際に注意するように言われた薬、または市販薬で副作用が出たことはありますか？

・ない ・ある(ペニシリン・ピリン系・麻酔薬・その他)
(症状:)

8、日常生活で該当することはありますか？

* 半年前に比べて堅いものが食べにくくなった ・はい ・いいえ

* お茶や汁物等でむせることがある ・はい ・いいえ

* 口の乾きが気になる ・はい ・いいえ

裏面もあります。ご記入ください

9、女性の方にお伺いします。現在、妊娠していますか？

・はい(.....週) ・いいえ ・わからない ・授乳中

10、40才以上の方にお伺いします。この1年間で特定健診または高齢者健診を受けましたか？

・はい(.....年.....月頃) ・いいえ

11、マイナ保険証をご利用の方にお伺いします。診療情報取得(お薬手帳等の情報)に同意いただけますか？

・同意する ・同意しない(同意いただけない場合でも治療の不利益になることはありません)

12、治療は

・保険の範囲で治してほしい ・保険がきかない場合はある程度費用をかけてよい
・医師と相談して決めたい

13、喫煙歴

・ある(1日 本) ・以前ある(1日 本/ 年前) ・ない

14、その他ご質問、ご要望などございましたらお書きください。

お願い

当院は過去・現在の治療方法や長期成績を評価して、これからの新しい治療法の開発、確立を目指しています。そのため、貴方の診療記録とともに検査結果や写真などの情報を研究・発表等に使用させていただく事があります。これによって将来に病気の診断や予防、治療がより良いものになると期待しています。発表が行われるような場合には、個人が特定できないように配慮し、プライバシーは個人情報保護法に基づき厳重に保護されます。

この内容をお読みいただき、理解されたうえでご同意いただけるかどうかを下記にチェックとご署名下さい。ご同意いただけない場合でも患者様が不利益になることはありません。また、この同意の撤回はいつでも可能です。

上記の目的・方法ならびにその結果の発表において了承し

同意しません

同意します

.....年.....月.....日 署名(本人またはご家族):

署名がご家族の場合(続柄:.....)

ご記入が終わりましたら受付にお渡しください

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。

<マイナ保険証の利用なし> 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(2023年内は+2点)

<マイナ保険証の利用あり> 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算2 : 2点