

歯科問診票

年 月 日

[ID]

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	歳
住所	〒 ー 前回の受診からの変更 (有・無)				
電話	自宅 ()	本人携帯 ()	緊急連絡先 ()	続柄[]	

身長: cm 体重: kg 体温: °C 職業:

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

いいえ ・ はい(直近1ヶ月以内の処方薬以外は【4】の記入省略可)

【アンケート】ご協力をお願いします当院へお越し頂いたきっかけ(動機)を教えてください

ホームページ・広告(雑誌・新聞・チラシ・ポスター・その他(看板))を見て
西の京病院/他科からの紹介(科 先生、人間ドック/PET等検査)
知人(親、兄弟、友人、病院の人)の紹介・近くて便利

【1】本日、来院された理由に○をつけて下さい。

- 歯(しみる、噛むと痛い、甘いもので痛い、その他) 歯茎が痛い
 検診希望 虫歯をなおしたい 気になるところがある 歯石を取りたい
 入れ歯が合わない・新しくつくりたい 歯が動く 歯が抜けた
 その他()

【2】今回の症状を他院で治療されましたか

いいえ ・ はい (差支えなければ、病院名等をご記入下さい)

病院名(医院・クリニック・病院)

【3】今までにかかった病気や現在治療中の病気がありますか

いいえ ・ はい (心臓・肝臓・腎臓・糖尿病・高血圧・不整脈・胃・
血液の病気・腸の病気・眼の病気・骨折・その他)
かかりつけ病院(医院・クリニック・病院・診療所)

【4】現在飲んでいる薬はありますか (経口避妊薬・市販薬を含めて)

ない ・ ある ()

【5】今までに麻酔注射を受けたことがありますか

ない ・ ある

【6】薬や注射で発疹が出たり、アレルギー体質だといわれたことがありますか

いいえ ・ はい 何でアレルギーがでましたか
(飲み薬・注射・造影剤・食物・金属・消毒用アルコール・
テープ類・薬品名および食物名()・
その他)

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。

◆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(保険証を利用した場合) / 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

問診担当者() 2023年3月13日改訂