

# 問 診 票

以下のあてはまるごとに○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： ）
- 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（ ）
- 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、定期的に通院されていますか？  
1. いいえ 2. はい  高血圧  糖尿病  骨粗鬆症  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？  
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）
- 喫煙歴はありますか？  
1. ない 2. ある（1日 本）（喫煙経験 年/禁煙後 年）
- 当医院へのご要望がありましたら教えてください。（ ）
- 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？  
1. はい 2. いいえ

下記注意事項にご同意いただきご署名ください。

注意事項 \* 治療後に出現する偶発症（出血や疼痛、口角炎、治癒不全等）についてご理解ください。

\* 治療の際に撮影した写真及びレントゲンは、学会発表等で使用させていただく場合がございます。

\* 医療の質向上のため、問診内容を記録させていただくことがあります。

\* 他の医療機関からの紹介状をお持ちでしたら受付にご提出ください。

\* ご記入いただいた個人情報は、麻布十番商店街歯科個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要なこと以外に使用いたしません。

(ふりがな)

氏名：

生年月日 明・大・昭・平・令

年 月 日

住 所：〒

電 話：

職 業：

ご紹介者：