

初 診 問 診 票 (成人) 小 林 歯 科 医 院 20 年 月 日

フリガナ氏名 _____ 生年月日 S・H・R 年 月 日 歳 未婚 ・ 既婚

自宅住所：〒 _____ 電話 () _____

勤務先 _____ 職種 _____ 携帯電話 () _____

勤務先住所：〒 _____ 勤務先電話 _____

プライバシーは厳守いたします。上欄の全ての項目を正確に記載頂き、下欄の該当するところに丸をして下さい。

● 小林歯科医院を何でお知りになりましたか

- 1. 看板・院前を見て 2. 電話帳 3. ご紹介 (家族・知人：ご紹介者)
- 4. HP 5. 口コミサイト 6. その他 ()

● 来院された理由

- 1. 痛いところがある 2. 痛くないが悪いところがある 3. 悪いところがないか検査してほしい
- 1.2 を選択した場合 気になっているのは ①歯 ②歯ぐき ③あご ④その他 ()
- 4. その他 ・歯石を取ってほしい ・歯ぐきが下がったのを治したい ・歯並びを矯正したい
- ・歯、口元をきれいにしたい ・インプラントを入れてほしい ・ホワイトニングをしてほしい

● どこが最も気になりますか

右上奥 上前 左上奥 右下奥 下前 左下奥 ・いつからですか ()

● この機会に ・悪い所は全部なおしたい ・痛む所だけなおしたい

● 現在、体のどこかに悪いところがありますか

ない ある→ 脳疾患 心臓 肺 血液 高・低血圧 (/) 肝臓 腎臓 骨粗鬆症 緑内障・白内障
糖尿 (HbA1c) 胃・腸 甲状腺疾患 アレルギー HIV 肝炎 その他 ()

● 現在の健康状態は、 良好 不良 妊娠 (カ月) 授乳中 (ヶ月)

● 現在、薬を飲んでいますか (漢方薬、健康食品も含めて)

ない ある 薬の名前、種類など _____

● 薬を飲んだ時、異常・副作用はありましたか ない ある 薬の名前、種類など _____

● 今まで麻酔や歯の治療を受けた時、何か変わったことはありましたか

ない ある 貧血をおこした ショックをおこした 血が止まりにくかった その他 ()

● 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？

ない ある (具体的に： _____)

● 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？

受診していない 受診した (健診名： _____ いつ頃： _____)

● 通院しやすい曜日や時間 () 曜日 () 時頃 キャンセル待ち 希望 希望しない

● 診療についてのご希望 ・保険の範囲内 ・より良い材料、良い治療を行っていききたい (自費診療)

● その他

- ・たばこを吸われますか いいえ 吸ったことがない 禁煙した () 年前
- はい 1日 () 本位 禁煙したことがありますか はい いいえ
- ・ご自分が神経質、心配症だと思いますか はい いいえ わからない
- ・他院でされて嫌だったことや、特に先生に連絡したいことがあればお書き下さい _____

◆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すか？

同意します ・ 同意しません

当院では患者さんの診療情報を取得・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。マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆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 加算 2：2 点 (マイナ保険証を利用した場合)

※診療情報取得に同意されない場合は、マイナ保険証を利用しても、マイナ保険証を利用した場合に該当せず、初診時 4 点加算となります。

予めご承知置きください。