

初 診 問 診 票 (成人) 小林 歯 科 医 院 20 年 月 日

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。全ての項目を正確に、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 前上 左上 右下 前下 左下 ・ 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。
予め承知置きください。