

# 再初診問診票 (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。

## ● 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 ( \_\_\_\_\_ ケ月)

## ● 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: \_\_\_\_\_ )

## ● 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

## ● 特に先生に連絡したい事があればお書きください

◆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。