医療法人大里会　うらさと歯科　問診票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな
お名前　　様　男・女　生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　）歳

ご住所　〒

本人携帯番号　　ご家族携帯番号

今日はどうなさいましたか？受診された症状について

□むし歯がある　□歯が痛い　□歯肉が痛い　□腫れた
□血が出る　□つめ物がとれた　□入れ歯が合わない・破損した
（発症の時期　　）
□歯並びの相談　□歯の清掃をしたい　□検診　□その他（　　）

今まで歯科治療で異常はありませんか？

□ない　□麻酔で気分が悪くなった　□倒れた
□血が止まりにくかった　□その他（　　）

現在・以前(　　年前)　病気はありませんか？

□ない　□糖尿病　□心臓・血管　□肝臓　□胃腸
□脳梗塞　□貧血　□高血圧　□ぜんそく　□結核
□肝炎（□B型□C型）　□HIV
□その他（　　）　病名　　病院

他の医療機関からの紹介状について

□ある　□ない

他の医療機関に通院されていますか？

□していない　□している（医療機関名　　受診日　　内容　　）

どのような治療を受けたいですか？

□保険診療内で受けたい
□保険外の方法も聞いて選びたい
□最良の方法を選択したい

※自費の説明を希望されるかの大切な質問です。

◆裏面もご記入ください

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

□する　　□しない　　□持っていない

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。

現在飲んでいるお薬はありますか？

□ない　□ある（　お薬　　）

これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

□ない　□ある（　薬や食品の名前　　）

女性の方へ

妊娠の可能性はありますか　□ない　□ある（出産予定日　　月　　日）

この１年間で健診を受診されましたか？（特定健診・高齢者健診に限る）

□ない　□ある（指摘事項　　受診時期　　年　　月頃）

当院をどのようにして知りましたか？

□家族からの紹介（　　様）　□知人からの紹介（　　様）
□当院のホームページを見て　□自宅または会社から近いから
□その他のウェブサイト（　　）
□看板を見て　□通りすがり　□その他（　　）

その他、当院に対するご要望をお聞かせください

（例：痛いのが苦手なので、なるべく麻酔を使ってほしい）
※特に無ければご記入いただかなくてかまいません

ご協力ありがとうございました。

上記問診表の結果は、治療に有効に使用いたします。
またご不明な点や変更点がありましたら　お気軽にお申し出ください。