

問 診 票

記入日： 年 月 日

氏名： T・S・H・R 年 月 日 生 歳 男・女

職業（あり： なし： ）

以下に当てはまるものに○をつけてください。

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ いいえ・はい

本日来院された理由をお聞かせください。

歯が痛い ・ 口の中に違和感がある ・ 歯を入れたい

歯をきれいになりたい ・ その他（ ）

現在他の医療機関に通院していますか？ いいえ・はい（医療機関名： ）

現在処方された薬を服用していますか？（マイナ保険証で情報をいただいた場合には省略可。）

いいえ・はい（薬の名前： ）

この1年間で健康診断を受診されましたか？（マイナ保険証で情報をいただいた場合には省略可。）

いいえ・はい（いつ頃： ）

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？

いいえ・はい（病名： ）

輸血をされたことがありますか？ いいえ・はい

次の病気にかかったことがありますか？ かかったものに○をつけてください。

高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 狭心症 ・ 肝炎 ・ 脳卒中

リウマチ ・ 結核 ・ 喘息 ・ 腎疾患 ・ 骨粗鬆症

今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？

いいえ・はい（具体的に： ）

歯科の麻酔で異常な反応がありましたか？ いいえ・はい・受けたことがない

妊娠または授乳をしていますか？（女性のみ） いいえ・妊娠中（妊娠 月）・授乳中

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、服薬情報など）を取得することに同意しますか？

はい ・ いいえ 署名

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。
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。
ご提供いただいた情報は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。