



医療法人

荒井歯科医院

問 診 票

受付年月日 年 月 日

ふりがな		診察券No.	生年月日	S・H・R	年	月	日
お名前			年 齢		性 別	男・女	
ご住所	〒		電話番号	自宅			
				携帯			
メール			職 業				
1. 来院の目的	当院へ来院したことはありますか <input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> ある() 頃)						
	<input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 歯の痛みをとりたい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯の詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 歯垢/歯石取り <input type="checkbox"/> 矯正したい <input type="checkbox"/> ホワイトニングしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯(作りたい/壊れた/痛い) <input type="checkbox"/> インプラントにしたい <input type="checkbox"/> 顎(痛い/開かない) <input type="checkbox"/> 歯ぐき(痛い/出血/腫れている) <input type="checkbox"/> その他()						
	他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある						
	マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する ※1						
2. 症状がある場所	<input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> その他()						
3. 症状が始まった時期	月 日頃から <input type="checkbox"/> その他()						
4. ご希望の治療方法	<input type="checkbox"/> 悪い所を全部治したい <input type="checkbox"/> 根本的に治したい <input type="checkbox"/> 痛みがとれればよい <input type="checkbox"/> 保険の適応範囲で治療したい <input type="checkbox"/> 保険適用外は自費でも可 <input type="checkbox"/> 医師と相談して決めたい <input type="checkbox"/> その他()						
5. 麻酔経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	麻酔時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的な症状)					
6. 抜歯経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	抜歯時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的な症状)					
7. 大きな病気の経験	<input type="checkbox"/> 心臓病(ペースメーカーなし/あり) <input type="checkbox"/> 肝臓病(肝炎 型) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他()						
※2 8. 健診履歴(最近1年間)	健診(特定健診及び高齢者健診に限る) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	指摘事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(受診時期 年 月 指摘内容)						
※2 9. 他医療機関の通院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(医療機関名: 受診日 治療内容)						
10. 現在服用中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬名:)						
11. 薬の副作用やアレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬名/症状等:)						
12. 妊娠について(女性の方)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(妊娠 月) <input type="checkbox"/> 可能性あり(未確認)						
13. 来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 看板/建物 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 紹介者あり()						

※1 マイナ保険証とはマイナンバーカードの健康保険証利用のことです

※2 マイナ保険証による情報取得に同意した患者さまについては、直近1か月以内の処方薬を除き記載を省略可能です

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。