

問 診 表

フリガナ 氏 名	職業(勤務先)						
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生	性別	男	女
住所 〒							
電話番号 自宅				携帯番号			

1. 今日はどうなさいましたか？

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 虫歯がある | <input type="checkbox"/> 歯が動いている |
| <input type="checkbox"/> 詰め物・さし歯が取れた | <input type="checkbox"/> 歯が浮いて咬みにくい |
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる |
| <input type="checkbox"/> 歯がしみる(冷・温) | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・壊れた・作りたい |
| <input type="checkbox"/> 歯茎(はぐき)が腫れている | <input type="checkbox"/> 虫歯予防・歯周病予防(メンテナンス)希望 |
| <input type="checkbox"/> 歯茎(はぐき)から血が出る | <input type="checkbox"/> その他() |

2. 今までの歯科治療に対するご感想や今後のご要望などを教えて下さい

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 説明がよくわからなかった |
| <input type="checkbox"/> 歯科は怖い | <input type="checkbox"/> 歯を抜きたくない |
| <input type="checkbox"/> 歯科は痛い | <input type="checkbox"/> 歯を削られたくない |
| <input type="checkbox"/> 歯科医院の音や臭いが苦手 | <input type="checkbox"/> あまりいじられたくない |
| <input type="checkbox"/> 何回も通院して大変だった | <input type="checkbox"/> 歯石は取って欲しいが痛そうで怖い |
| <input type="checkbox"/> 希望してない歯を削られ嫌だった | <input type="checkbox"/> 歯石は取って欲しくない |
| <input type="checkbox"/> 待ち時間が長くて嫌だった | <input type="checkbox"/> その他() |

3. 本院をどうして知りましたか？(紹介者がいれば教えて下さい)

- 知人の紹介(さん)
 ご自身がこぐま小児歯科の患者だった
 お子さん(お孫さん)がこぐま小児歯科に来られている もしくは 来られていた
 ご家族がこぐま成人歯科に来られている
 インターネット
 タウンページ
 その他()

4. 放っておくと良くない虫歯や歯ぐきの病気はこの機会に全部治しておきたいですか？

- はい
 気になるところだけでよい
 話を聞いてから決めたい
 その他()

☆安全な歯科治療を行うために次の質問にお答えください

5. 今までに歯科治療を受けて異常がありましたか？

- ない
 ある(いつ頃？；)
 どのような時に？
 麻酔をしたとき
 歯を削ったとき
 歯を抜いたとき
 歯の神経を取ったとき
 その他()

どのような状態になりましたか？

- 気分が悪くなった
 貧血を起こした
 出血が止まりにくかった
 何日も痛みが続いた
 熱が出た
 その他()

ウラへ続く



6. 今までに大きな病気にかかったことや内科的な病気はありませんか？

- ない
 ある

どのような病気ですか？

- 高血圧（ / ）
 心臓病
 脳疾患
 肝臓病
 糖尿病
 輸血経験あり
 低血圧
 骨そしょう症
 その他（ ）

※病院と主治医の先生（分かれば教えて下さい）

（ 病院・医院 先生）

7. 現在飲んでいるお薬があれば教えて下さい

[]

8. 特異体質やアレルギーはありますか？

- ない ぜんそくがある
 アレルギーがある アトピー
 じんましんが出やすい 血が止まりにくい
 下痢をしやすい その他（ ）

9. 薬で副作用を起こしたことや注射で異常がありましたか？

- ない
 ある

どのような薬ですか？ []

いつ頃ですか？ []

どのような状態になりましたか？ []

10. その他、全身的に変わったことがあれば教えて下さい

- ない 手・足が不自由
 妊娠している（ ヶ月） 腰痛・首痛
 その他（ ）

☆当院に対するご希望があれば教えて下さい

[]

◆ 当院がマイナ保険証により、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されますか？

はい いいえ

記入年月日 年 月 日 記入者署名 _____

当院では、マイナ保険証の利用とこの問診票を通じて、患者さまの診療情報（受診歴、服薬履歴など）を正確に取り得し、それを活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。

取得した情報は、当院の医療・診療行為以外の目的で使用することはいけません。

マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

医療法人 こぐま小児歯科