

歯科問診票

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏名			年 月 日(歳)	
現住所	〒 _____	携帯	- -	
		自宅	- -	

予約のお知らせ方法**いずれかを選択**してください ※予約日1週間前と前日にお知らせが届きます。

<input type="checkbox"/> LINE	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 初めて登録 → </div> <div style="width: 20%; text-align: center;"> </div> <div style="width: 30%;"> LINEアプリで友達追加後 QRコード 読み取り </div> <div style="width: 15%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 友だち追加 → </div> <div style="width: 20%;"> トーク 医院番号 67送信 </div> <div style="width: 25%; text-align: right;"> この画面のままお待ちください </div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> すでに同じ携帯番号で 家族の登録あり → 家族氏名 (_____) </div>		
<input type="checkbox"/> メール	@ _____ @	<input type="checkbox"/> SMS	- -

【1】ご来院の動機を教えてください

- 家族の勧め
 友人・知人の勧め (紹介者 _____)
 HPを見て
 自宅・職場に近いから
 検索サイトを見て
 建物を見て
 看板を見て

【2】いかがされましたか？(複数回答可)

※ 他の医療機関からの紹介状について
 持っている
 持っていない

◆ 歯について

- 歯が痛い (軽く かなり 強く)
 歯がしみる (温・冷)
 かむと痛い
 詰め物が取れた (_____ 日前から)
 歯並びを治したい
 歯を美しくしたい
 入れ歯が合わない・痛い
 入れ歯を新しくしたい
 親知らずが痛い

◆ 歯周病について

- 歯石を取ってほしい
 歯が浮いている
 歯ぐきから血が出る
 歯ぐきが腫れた
 歯がぐらぐらする

◆ 検診について

- 定期検診
 口腔がん検診 (自費 ¥5,500)
※越谷市内の方
 口腔がん検診
 歯周病検診
 妊婦(産後)検診

◆ 口腔内について

- 口臭が気になる (口臭測定を 希望する ¥1,100
 希望しない)
 口内にできものがある
 あご・顎関節が痛い
 その他 (_____)

【3】現在通院中またはこれまでに大きな病気にかかったことがありますか？

- ない
 あり
 医療機関名 (_____ 病院) (_____ 科)
 担当医 (_____ 先生)
 高血圧 (上 _____ mmHg / 下 _____ mmHg)
 糖尿病 (血糖値 HbA1c _____ mg/dl)
 狭心症
 心筋梗塞
 不整脈
 心不全
 心筋症
 先天性心疾患
 脳卒中
 ぜんそく
 腎臓病
 肝臓病
 てんかん
 甲状腺の病気
 がん (部位 _____)
 認知症
 アレルギー (_____)
 感染症 (A型肝炎
 B型肝炎
 C型肝炎
 HIV)
 その他 (_____)



【4】現在服用中の薬剤はありますか？

ない ある() お薬手帳 あり なし

※お薬手帳をお持ちの方は受付に提出をお願いします

【5】生活の中で気になるおからだの状態を教えてください

◆ おからだの状態について

- ・ペースメーカー、または胸の中に何か埋め込んでいますか？ なし あり
- ・胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか なし あり
- ・食べる時にむせる事がありますか？ なし あり
- ・麻酔時や歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ なし あり
- ・けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ なし あり
- ・お口の中が乾いてると感じる事がありますか？ なし あり
- ・薬のアレルギーはありますか？ なし あり()
- ・妊娠されていますか？ いいえ はい予定日(/) 可能性あり

※はいと答えた方 つわり(ある たまにある ない)

【6】生活習慣について教えてください。

◆ 歯磨きの回数

起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
1回の時間()分程度

◆ 使用するもの

歯ブラシ フロス 歯間ブラシ 電動ブラシ

◆ 喫煙習慣

なし あり 過去にあり

※ありと答えた方 (1日 本) 禁煙したいと思われませんか？ はい いいえ

◆ 睡眠時間

1日平均()時間程度

◆ 食習慣について

間食 しない 規則正しく摂る

不規則に摂る ※ 間食の種類()

習慣的に飲む物 なし あり()

◆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。

◆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)

マイナ保険証による診療情報取得について

同意する 同意しない

※同意しないの方

この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか

受診した 受診していない

※ご記入いただきました個人情報は、当クリニックの個人情報取り扱いポリシーに従い
厳正にお取り扱いいたします。(予約の連絡先に使用させていただきます)

ご協力ありがとうございました