

問 診 表

ライブヒルズ馬場歯科医院

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳
氏名			
住所	〒		
連絡先	(携帯)	(固定電話)	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い歯科診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。

医療情報取得加算【初診時】 1点
【再診時(3ヶ月に1回)】 1点

- ① マイナ保険証を提出し、診療情報取得に同意しましたか？
☐いいえ ☐はい
- ② 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？
☐いいえ ☐はい
- ③ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？(以前受診されたことのある方は記入不要)
- ④ 今日はどうなさいましたか？
- ⑤ 今までに HIV・B型肝炎・C型肝炎、またはそれらのキャリアと診断されたことはありますか？
☐いいえ ☐はい (HIV・B型肝炎・C型肝炎 ☐治療中 ☐キャリア)
- ⑥ 現在、他の医療機関に通院されていますか？
☐いいえ ☐はい 医療機関名 ()
治療内容 ()
- ⑦ 現在、処方されているお薬はありますか？(お薬手帳・マイナ保険証をお持ちの場合は提出により記入不要、ただし直近1ヶ月以内の処方に記載してください。)
☐いいえ ☐はい 薬剤名 ()
- ⑧ この1年間で健診(特定検診・高齢者健診に限る)を受診しましたか？
☐いいえ ☐はい 受診時期 月頃 指摘事項 ()
- ⑨ これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？
☐いいえ ☐はい 薬・食品名 ()
症状 ()
- ⑩ 現在、妊娠中又は授乳中ですか？(女性のみ)
☐いいえ ☐はい 妊娠 週目 ☐授乳中
- ⑪ 治療についてのご希望はありますか？
☐悪いところがあれば、相談の上で治療したい ☐今回は希望するところだけ治療したい
- ⑫ ホワイトニングやマウスピース矯正に興味はありますか？
☐いいえ ☐ホワイトニング ☐マウスピース矯正 ☐どちらも
- ⑬ 保険外の審美性が高く、身体に優しい材料の義歯や被せ物の説明を希望されますか？
☐いいえ ☐はい
- ⑭ 新しい義歯を作りたい方にお聞きします。他院も含めて、6ヶ月以内に義歯を作りましたか？
☐いいえ ☐はい いつ頃ですか？ ()
- ⑮ 定期検診の時期になりましたら、ご案内をお送りしてもよろしいですか？
☐希望しない ☐ハガキで希望(75歳未満の方は文書代として100円かかります。)
☐携帯へのショートメッセージで希望