

## 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
氏名			年 月 日 ( ) 歳
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。正確な情報を取り得・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 (H I V・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ヶ月以内の処方は記載してください。)

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