

姓 名

紹介患者名：

様

問診票

大宮いしはた歯科

ふりがな

氏名： _____

性別： 男 ・ 女 _____

生年月日：大・昭・平・令 年 月 日生（満 歳）

血液型： _____ 型

〒 _____

住所： _____ 建物名： _____ 号室 _____

電話番号： _____ (_____) 緊急連絡先： _____ (_____)
(自宅 会社 その他： _____)

職業： _____ 勤務先名： _____

● 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか はい いいえ

● マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか。

いいえ はい⇒ 本日は、診療情報取得に同意されましたか はい いいえ

● 当院は何で知りましたか？

内覧会 久喜総合歯科 or いしはた歯科クリニック ホームページ

広告 チラシ インターネット (サイト名 _____) その他 (_____)

【症状について】

・本日は、いかがなさいましたか 治療・診察希望 顎診療希望 検診希望 その他： _____

・症状について教えてください (記入例：いつから： 3日前 部位： 右下奥 症状： 痛い・しみる・腫れている)

(いつから： _____ 部位： _____ 症状： _____)

【生活習慣】

・歯磨きはいつされますか 起床後 食後(朝 昼 夜) 就寝前 ⇒1回の歯磨き時間：約 _____ 分

・歯ブラシ以外の利用 なし フロス 歯間ブラシ その他： _____

・タバコは吸われますか なし 禁煙中 あり (喫煙期間 _____ 年間、1日 _____ 本)

・お酒は飲めますか なし あり

・睡眠について 約 _____ 時間 (良好 普通 不良)

・食生活について 習慣的飲物 なし あり (何を飲みますか： _____)

間 食 不規則 規則的 あまりしない

【女性の方へ】 妊娠中⇒現在 _____ カ月、予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 授乳中

【既往歴】

・服用中の薬 なし あり⇒薬剤名： _____

・お薬手帳は 忘れた 作っていない あり→ご提示をお願いします。

※現在、服用中のお薬がある場合は、お薬手帳を次回お持ちください。

<現在もしくは過去の全身疾患> なし あり→下記の病気に✓を入れてください。

脳血管障害 パーキンソン病 てんかん 気管支喘息 慢性気管支炎 虚血性心疾患

高血圧 心不全 不整脈 慢性心臓病 肝炎(_____ 型) 糖尿病

甲状腺機能低下症 甲状腺機能亢進症 感染性心内膜炎 副腎皮質機能不全

骨粗鬆症 関節リウマチ 花粉症 その他(_____)

<アレルギー>

- アレルギー（食物：_____ その他 _____）
薬物アレルギー（抗生剤 麻酔 ピリン系 ヨード その他：_____）

2枚目もあります▶

<現在もしくは過去の慢性疾患>

- ・手術の経験は なし あり（いつ頃：_____ 病名：_____）
ペースメーカー 透析

- ・かかりつけ医 病院名：_____ 担当医：_____

【歯科既往歴】

- ・歯科での麻酔の経験 なし 不明 あり（その時の異常は なし あり⇒症状 _____）
・抜歯の経験は なし 不明 あり（その時の異常は なし あり⇒症状 _____）
・歯磨き指導の経験は なし 不明 あり（他院 学校）
・歯周病治療の経験は なし 不明 あり

【アンケート】

- ・他の医院で辛い経験はありましたか

いいえ はい⇒差し支えなければ内容をお聞かせ下さい

[]

- ・現在スポーツをされていますか いいえ はい⇒スポーツ：_____

- ・診療について希望はありますか ※該当する項目にすべて✓してください。

- 問題ある場所は全て治したい 費用がかかってもなるべく長持ちする治療を受けたい
保険の適用範囲で治したい 先生が考えている理想的な治療の提案を聞きたい
お口全体の虫歯、歯周病、口臭のリスクを把握したい
その他 ※ご希望、特記事項等があれば記入をお願いします

[]

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。

ありがとうございました。
御手数ですが、受付までお持ちください。
ご不明な点などございましたら遠慮なくお声
掛けください。 大宮いしはた歯科

