

# 問診票

病状などについての質問

電話でご予約の上、問診票をご持参ください。

☎ 0565-50-2171

ふりがな		性別	男 ・ 女	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和
お名前					年 月 日 ( 才 )
ご住所	〒				
ご職業		電話番号	- -		

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。

紹介状をお持ちですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )																																
マイナ保険証を利用する際に、 受診歴・薬剤情報・特定健診情報 などの診療情報の取得に同意 しますか	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (※)「同意しない」を選択された場合は、マイナ保険証をご利用であっても、 <input type="checkbox"/> マイナ保険証は利用しない マイナ保険証を利用しない場合の加算点数となります。																																
当院をお選びいただいた 理由をお聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他 ( )																																
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 ( )																																
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 頬 舌 唇 顔 その他 ( ) 右下奥 前下 左下奥																																
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々																																
今回の治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけでよい																																
お口以外の健康状態は いかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い ( 具体的に )																																
今までに大きな病気を したことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 _____ 最低血圧 _____ ) <input type="checkbox"/> 特になし																																
1年以内の特定・高齢者健診受診歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (受けた時期と指摘項目: _____ )																																
かかりつけの病院・通院中の 病院はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名 _____ )																																
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類 _____ )																																
妊娠していますか (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい ( _____ ヶ月)																																
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ )																																
1日に歯を磨くのは	1日 _____ 回 (いつ磨きますか? 朝・昼・夜 _____ )																																
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う (1日 _____ 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた ( _____ 年前) <input type="checkbox"/> 吸わない																																
歯の麻酔・抜歯などで具合が 悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た																																
来院のご都合のよい 曜日・時間帯	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th><th>日</th></tr></thead><tbody><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>17:00以降</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		月	火	水	木	金	土	日	午前								午後								17:00以降							
	月	火	水	木	金	土	日																										
午前																																	
午後																																	
17:00以降																																	