

アンケート

このアンケートはあなたに最適な治療を行うための参考にさせていただきます。
当歯科医院の治療目的以外に利用することはありませんので、ありのままにご記入ください。
わからないところは記入しなくてもかまいません。

フリガナ お名前				年齢	歳
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	ご職業
ご住所 〒			電話番号		
			メール		
<input type="checkbox"/> マイナ保険証による診療情報取得に同意する			<input type="checkbox"/> 他の医療機関の紹介状をもっている		

今日はどうなさいましたか？

例えば・・・ ○○が痛い、○○が取れた、歯のザラザラが気になる

最後に歯科医院を受診されたのはいつごろですか？

1年以内(ヶ月前) ・ 何年前(年前)
覚えていないくらい前 ・ 現在、他の歯科医院に通院している

当歯科医院を知ったきっかけは何ですか？

近くをって
看板
インターネット
紹介（ご家族・知人： 様）



その他のご要望はありますか？

医療機関使用欄

年

保険種別

Cチェック・治療予定

担当医

担当衛生士

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12

過去にかかった病気や受けた手術の質問です

- 大きな病気にかかったことはありますか？
はい・いいえ
- 食べ物やお薬でアレルギーが出たことはありますか？
はい・いいえ
- 入院したことはありますか？
はい・いいえ
- 大きな手術を受けたことがありますか？
はい・いいえ

過去にうけた歯科治療の質問です

- 歯科の治療を受けて気分が悪くなったことはありますか？
はい・いいえ
- 今まで歯科の治療で麻酔注射を受けたことがありますか？
はい・いいえ
- 歯を抜かれたことはありますか？
はい・いいえ

ご家族の病気やアレルギーの質問です

- ご家族にアレルギーがある方はいますか？
はい・いいえ
- ご家族に現在病気をしている方はいますか？
はい・いいえ

血液に関する質問です

- 輸血を受けたことがありますか？
はい・いいえ
- 肝炎、またはB型肝炎、C型肝炎ウイルスがあるといわれたことがありますか？
はい・いいえ
- 傷ができたとき、血が止まりにくいですか？
はい・いいえ

現在の健康状態の質問です

- 現在、何か病気にかかっていますか？
または治療中の病気や症状はありますか？
- | | | | |
|----------|-----|---------|-----|
| 心臓病 | 高血圧 | てんかん | 糖尿病 |
| 脳卒中 | 不整脈 | 気管支炎 | 喘息 |
| 副腎皮質機能障害 | | 甲状腺機能障害 | |
| 自律神経失調症 | | その他 | |
- 現在通院中の病院はありますか？
- 病院名
担当医師名
- 現在、飲んでいる薬はありますか？
はい・いいえ
- 1年以内に特定健診・高齢者検診を受けた
- 妊娠中 週 授乳中

医療機関使用欄

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医管 | <input type="checkbox"/> 情共：医療機関 | <input type="checkbox"/> 総医：病名 |
| <input type="checkbox"/> 使用麻酔薬制限 | <input type="checkbox"/> 内服薬制限 | <input type="checkbox"/> その他注意事項 |

- 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。
- 医療情報取得加算の算定医療機関です。