

(当院記入：No. _____)

表（1枚目）と裏（2枚目）を、A4用紙（無ければ他のサイズも可です）に印刷、記入の上、ご来院いただけますと助かります。

ひでかず歯科口腔外科クリニック Ver.5.7

問診票

ふりがな		生年月日	保険証の性別	
お名前		昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)	男・女
ご住所	(郵便番号 〒 -)			
電話番号	①自宅またはご本人の携帯電話	②(必要により)代理の方の連絡先	職業	

●当院をどちらで知りましたか？

インターネット (☐ 当院ホームページ / ☐ X / ☐ instagram / ☐ Google map ☐ その他)

☐ 医療機関からの紹介(紹介状：あり・なし) ☐ 通りがかり / ☐ 親族・知人から聞いた / その他 ()

●(マイナ保険証利用の方のみ) 当院が、マイナ保険証から診療情報(特定健診や薬剤の情報)を取得させていただくことに → ☐ 同意する ☐ 同意しない

●本日はどのような症状やお困りで受診されましたか？

●その症状は、いつ頃からですか？ 何をきっかけに気づきましたか？ 思いあたる原因はありますか？

●その症状で、他の医療機関で診察や治療を受けた方は、お分かりの範囲で構いませんので受診した医療機関名、治療の内容、処方のお薬などを記入してください。

☐ 受診していない

●その症状に対し、ご自身での対応(市販薬、気を付けていること)があれば記入してください。

☐ とくになし

裏面に続きがございます。

(当院記入：No. _____)

●**現在**、治療中あるいは通院中の病気ありましたら、病名（または症状）を記入してください。

☐ とくになし

● **以前にかかったことがある**病気があれば、丸で囲んでください。

☐ とくになし

高血圧・心臓の疾患・脳卒中・糖尿病・腎臓の疾患・肺の疾患・甲状腺の疾患・肝臓の疾患
B型肝炎・C型肝炎・HIV感染症・骨粗しょう症・胃の疾患・血液の疾患・うつ病・統合失調症
上記以外の病名は、ご記入ください。（病名 _____）

●現在、使用しているお薬の名前を、**お分りの範囲ですべて**記入してください。

☐ とくになし ☐ お薬手帳を預けるので、確認してください

●入院して**手術**を受けたことはありますか？

☐ ない ☐ ある

（受けた手術： _____（ _____ 歳の時） **輸血**：☐ した ☐ していない）

●これまでに経験した**アレルギー**および**お薬での副作用**を記入してください。 ☐ 経験なし

☐ 食べ物（ _____ ） ☐ 薬（ _____ ）

☐ 金属 ☐ 花粉 ☐ アルコール ☐ 歯科の麻酔の注射 ☐ その他（ _____ ）

●（40歳以上の方）この1年間で**事業者健診・特定健診・後期高齢者健診**を→ ☐ 受けた ☐ 受けてない

●**たばこ**は吸いますか？

☐ 吸わない・☐ 以前吸っていた ☐ 吸っている

（ _____ 歳～ _____ 歳まで、1日およそ _____ 本）

●**お酒**は飲みますか？

☐ 飲む・☐ 以前は飲んでいて ☐ 飲まない

（ _____ 歳～ _____ 歳まで、1日に飲む量：およそ _____ ）

●**身長と体重**を、だいたいで構いませんので教えてください。

（身長） _____ cm ・ （体重） _____ kg

●（女性の方）

☐ **妊娠中**（ _____ 週）・ ☐ 授乳中

●受診中の医院（**歯科以外**） ☐ なし・☐ あり _____（医院名）

●かかりつけの**歯科**医院 ☐ なし・☐ あり _____（歯科医院名）

●当院での診療の**費用**について、ご希望をお伺いします。

☐ 保険が利く範囲内で対応してほしい ☐ 保険が利かない診療も、説明を受けて考えてみたい

●当院内に掲示の、**個人情報**の利用に ☐ 同意する ☐ 同意しがたい項目あり

同意しがたい項目の番号（例：②-1） → _____

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申し上げます。