したら歯科医院　問診票

年　　　月　　日

必要事項を記入し、あてはまる□に✓をつけてください。受診期間中、健康状態に変化などございましたらお申し出ください**。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 性別 | 生年月日 |
| お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 男・女 | 西暦　　　　年　　月　　日 （　 　歳　　カ月） |
| ご住所　〒　　　-　　　　 | 電話番号 |
| 勤務先・学校 | 緊急連絡先（携帯など） |

5. 直近1年間で検診は受けましたか？

□はい（検診名：　　　　　　　　／いつ：　　　月頃）

□いいえ

1. マイナンバーカードの保険証に関して

マイナ保険証を用いた診療情報（服薬歴・検診歴など）の

取得に同意しますか？　　　□はい　　□いいえ

6. 薬や食品にアレルギーはありますか？

□ない　　□ある（具体的に　　　　　　　　　　　　）

2. どうなさいましたか？（複数回答可）

□歯が痛い □かぶせものがとれた □歯がぐらぐらする □あごが痛い　□歯ぐきが痛い、はれた　□口臭が気になる

□歯ぐきから血が出る　□検査をしてほしい　□口内炎

□入れ歯を作りたい　□入れ歯が痛い、合わない

□歯並びを見てほしい　□歯を白くしたい

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

7. 今までの歯の治療について

□特に心配なことはない　　□麻酔が効きにくかった

□麻酔で気分が悪くなった　□血が止まらなかった

８.（女性の方のみ）妊娠していますか？

□いいえ　　□妊娠中（　　　　週目）

□可能性あり　　　□授乳中

3. 既往歴あるいは治療中の病気はありますか？

□心臓病　　□高血圧（血圧　上　　　　／下　　　　　）

□糖尿病（HbA1cの値：　　　　　　　　　）　 □腎臓病

□肝臓病（肝炎の場合：　　　　　　型肝炎） □貧血

□呼吸器疾患（喘息など）　□骨粗しょう症

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）　 □なし

9. 治療に関してのご希望（複数回答可）

□悪いところは全部治したい

□気になる部分だけ直したい

□健康保険の範囲で治したい

□相談の上自費か保険か決めたい

4. 服用中の薬をお書きください

マイナ保険証で服薬歴の公開に同意した方、お薬手帳を

お持ちの方は記載不要です。

薬剤名

10. ご希望や疑問点があればご記入ください

したら歯科医院では診療情報を取得・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。

**ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までお持ちください。**