

記入日

____年____月____日

歯科問診票

※以下の項目は診療に必要です。分かる範囲で構いませんので該当する部分をご記入ください。

記載された内容に関し、無断で第三者に提供することはありません。

・マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？（はい・いいえ）

・他の医療機関からの紹介状（有・無）

・前回、歯科医院にかかったのはいつ頃ですか？（約 ____ 年 ____ ヶ月前）

ふりがな				職 業				
氏 名				生年月日	大	昭	平	令
					年	月	日	
				年 齢	歳			
住 所								
電話番号	—	—		緊急連絡先	— —			
携帯番号	—	—						

本日はどうなさいましたか？ 気になる部位に○をつけてください。			1. 検診・クリーニング 2. 痛い 3. しみる 4. 欠けた 5. 腫れた 6. むし歯がある 7. 詰め物がとれた（とれた物がある・ない） 8. 入れ歯が合わない・入れ歯を入れたい・入れ歯をなくした 9. 親知らずが腫れた、痛い 10. 歯のないところをどうにかしたい 11. 見た目が気になる 12. 歯並びが悪い 13. 噛み合わせが悪い、気になる 14. ホワイトニング 15. その他（ ）					
右上	前上	左上						
右下	前下	左下						
過去、現在において、右記の 病気などで通院経験が ありますか？			1. ありません 2. 肝疾患（A型・B型・C型・アルコール性・その他） 3. 高血圧 4. 心臓系疾患（疾患名： ） 5. 脳血管障害（疾患名： ） 6. 糖尿病 7. 血液疾患 8. 腎疾患 9. 花粉症 10. 蓄膿症 11. 喘息 12. 認知機能低下 13. 慢性気管支炎 14. 甲状腺疾患 15. 副腎皮質機能不全 16. てんかん 17. パニック障害などの精神系疾患 ※通院歴がある場合は必ずご記入ください。 [発症時期：] [医療機関名：]					
この1年間で健診を受け ましたか？ （特定健診・高齢者健診）			はい・いいえ [受診時期：] [指摘内容：]					
現在、医療機関に通院中 ですか？			はい・いいえ 受診日： 医療機関名 / 担当医名：					
現在の血圧は？			最高 / 最低 mmHg ・ わかりません					
輸血の経験は？			ありません・あります→それはいつですか？（ ）					

