

問 診 票

ご記入ください⇒ 記入日： 年 月 日

ふりがな			(西暦・明治・大正・昭和・平成・令和)
お名前	(男・女)		年 月 日生 (歳)
ご住所	〒 -		
連絡先	(自宅) - - (携帯) - -	(緊急時) - - ※連絡先名：父・母・子・その他()	
ご職業	(※勤務先：)		

これからお伺いすることは、より良い診察を行うための大切な内容です。お手数ですが、分かる範囲でお答えください。

どうなさいましたか	☐ 歯が痛い ☐ 歯ぐきが痛い ☐ 歯ぐきから出血している ☐ 詰め物が取れた ☐ 入れ歯が合わない・痛い ☐ 虫歯がないか心配 ☐ 歯のお掃除をして欲しい ☐ 歯を白くしたい ☐ 口臭が気になる ☐ 顎が痛い ☐ お口の中に出来物がある ☐ 歯並びが気になる ☐ 世田谷区の検診（成人歯科検診・口腔がん検診・産前産後健診・すこやか歯科検診） ☐ その他()			
症状のある部位は どこですか	☐ 左上 ☐ 上前 ☐ 右上 ☐ 左下 ☐ 下前 ☐ 右下	☐ 頬 ☐ 舌 ☐ 唇 ☐ 顎 ☐ その他()		
症状はいつ頃からですか	☐ 今日はじめて ☐ () 日前から ☐ ずっと前、() 月頃から ☐ その他()			
今までに大きな病気を したことはありますか	☐ 特になし ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 血液疾患 ☐ 高血圧症 ☐ リウマチ ☐ アレルギー疾患 ☐ 喘息 ☐ 骨粗鬆症 ☐ その他()			
かかりつけの病院・ 通院中の病院はありますか	☐ ない ☐ ある（病院名：)			
薬を飲んでいますか ※ お薬手帳をお持ちでしたら 受付にご提出ください	☐ いいえ ☐ はい(※薬の名前・種類を以下へご記入ください)			
妊娠していますか(女性)	☐ いいえ ☐ 可能性あり ☐ はい (カ月) ☐ 授乳中 (歳 カ月)			
アレルギーはありますか	☐ いいえ ☐ はい()			
タバコを吸いますか	☐ いいえ ☐ 以前は吸っていた (年前) ☐ 吸う (1日 本位)			
心臓にペースメーカーが	☐ ない ☐ 入っている			
歯の麻酔・抜歯などで 具合が悪くなったことは	☐ ない ☐ 血が止まりにくかった ☐ 貧血が起きた ☐ 気分が悪くなった ☐ 痛みが続いた ☐ 発熱した ☐ その他()			

※ 裏面に続きます ⇒

検査・治療について	☐ この機会に悪いところは全て治したい ☐ 痛いところだけ治したい ☐ 担当医師と相談した上で、治療方針を決めていきたい
治療方法で重視することは	☐ 耐久性：装着する詰め物・かぶせ物・入れ歯などが、できるだけ長くもつこと ☐ 再発リスク：治療した箇所やその周辺が、再び虫歯になる可能性を低くすること ☐ 美しさ：違和感なく、自然に美しく見えること ☐ 機能性：歯を失ってもしっかり噛めて、豊かな食生活ができること ☐ 安全性：金属アレルギーになりにくく、できるだけ身体にとって安全であること
費用についてのご希望は	☐ とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である ☐ 費用は少ない方が良いが、治療の違いについて説明を受けた上で、総合的に治療方法を検討したい ☐ 費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい
当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	☐ 知人の紹介（ご紹介者様のお名前：_____様） ☐ ご家族の紹介（ご家族様のお名前：_____様） ☐ 他院からの紹介（病院名：_____） ☐ 当院のホームページを見て ☐ ドクターズファイルを見て ☐ 家の近くだから ☐ 職場の近くだから ☐ Google ロコミを見て ☐ その他（_____）
ご相談・ご希望があれば ご自由にお書きください	

【当院における個人情報の利用目的およびマイナ保険証について】

- ◆当院では、患者様に安全な医療をご提供するとともに、患者様の個人情報の取り扱いにも細心の注意を払っております。
またご提供いただいた個人情報を、患者様に対する医療サービス・医療保険事務など、以下の目的に特定して使用させていただきます。

当院内部での利用	・当院が患者様などに提供する医療サービス ・医療保険事務、会計など ・医療サービスの向上
ほかの事業者などへの 情報提供	・他の病院/診療所/薬局/介護支援事業者などとの連携、また照会への回答 ・外部の医師/歯科医師などの意見/助言を求める場合 ・家族などへの病状説明 ・医療費請求の事務 ・医療に関する専門団体/保険会社などへの相談、または届出など
上記以外の利用目的	・医療サービスや業務の維持/改善のための基礎資料 ・当院の内部において行われる臨床実習などへの協力、症例研究 ・外部監査機関への情報提供

☐私は、上記の「個人情報取り扱い事項」について同意します。

署名：_____

- ◆当院では、患者様の診療情報を取得/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ください。なお、当院でもマイナンバーカードと保険証を紐づけしていただけます。

☐マイナ保険証により、当院があなたの診療情報(受診歴/健診歴/服薬情報等)を取得することに
（ 同意する ・ 同意しない ）

ありがとうございました。こちらの用紙をボードごと、受付までお持ちください。

また、ご不明点やご質問等がございましたら、お気軽にお尋ねくださいませ。

医療法人社団 おおくら歯科口腔外科