



質問表

ふりがな 氏名	男 女	生年月日 (歳) 大昭平令 年 月 日
ご住所 〒	携帯番号 () ※お持ちでない方はご自宅の電話番号	
ご職業/ご勤務先		

①ご来院の理由に○をつけてください

検診 フッ素 クリーニング (歯石除去等)
痛い (歯 歯ぐき あご) しみる はずれた
穴が開いている 黒くなっている
ぐらぐらする 腫れた
入れ歯修理・作成 気になる所がある
その他 ()

場所は？ _____

いつからですか？ _____

②最後に歯科にかかったのはいつ頃ですか？

() 年前 () か月前
() 週間前 () 日前

その理由は？ ○をつけてください

虫歯 歯周病 歯茎が腫れた 抜歯
検診 クリーニング
その他 ()

③下記の病気にかかっている、またはかかったことがありますか？

はい いいえ
↓ ○をつけてください

糖尿病/HbA1c _____ 肝炎 肝臓病
高血圧/最高 _____ 最低 _____ 低血圧

狭心症・心筋梗塞/最後の発作 _____ 年 月頃

喘息 (アスピリン喘息あり/なし)

骨粗しょう症 その他 ()

④手術や入院をしたことがありますか？

はい いいえ
↓ () 年前 () か月前
病名 _____

⑤現在、薬を飲んでいますか？

はい いいえ
↓
薬名 _____

※受付にお薬手帳のご提示をお願いします

⑥かかりつけの病院担当医がいますか？

はい↓ いいえ
病院・担当医名 ()
※他の医療機関からの紹介状があればお出し下さい

⑦この一年で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？

はい いいえ

⑧アレルギーはありますか？

はい↓ いいえ
食べ物 () 薬 ()
アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎
金属 花粉

⑨血が出ると止まりにくいですか？ はい いいえ

⑩タバコは吸いますか？

吸っている () 本/日 吸ったことはない
吸っていた () 年前まで

⑪治療に関して心配事 (先生に話しておきたいことなど) ありますか？

はい↓ いいえ
麻酔 痛み 期間 費用
その他 ()

⑫当院をお選びになった理由を教えてください

家族/知人からの紹介 (様)
家が近い 口コミを見て
その他 ()

⑬お伝えしたいことがあればご記入ください

⑭現在妊娠中、または可能性がありますか？

はい (妊娠 週 ・ 可能性あり)
いいえ

⑮現在授乳中ですか？ はい いいえ

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。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか

☐はい ☐いいえ

下記の内容をご確認の上、ご承諾いただきましたらご署名をお願い致します。
代筆される場合は代筆された方のお名前もご記入ください。

氏名

(代筆)

日付： 年 月 日

- 月初めの受診時には、必ず保険証をご提示下さい。保険証のコピーは無効です。
 - 保険証が変わった場合は、速やかにご提示ください。保険証をお忘れの場合、
自費診療となりますが、当月中に保険証と領収証をご持参くだされば、
差額を返金致します。
 - 処方箋の期限は4日以内です。期限を過ぎますと再受診が必要です。
 - 個人情報保護法により、検査結果や治療内容は歯科医師が診察室にてご説明
します。 郵送、電話でのご説明はいたしません。
 - 予約制で診察しております。お約束のお時間に間に合うようご来院ください。
ご到着が遅くなるほど次の予約時間の方に影響が出ますので、診療内容を変更させて
いただく場合もございます。
 - お約束をご変更される場合は、早めにご連絡をいただくようお願いいたします。
 - ご予約を頂いた場合でも、緊急事態、その他やむを得ない事情により、定刻通りに
診察できない場合がございます。ご理解賜りますようお願いいたします。
 - 写真やレントゲン等の資料を、研究や学術の目的に使用させていただく場合が
ございます。
- (お名前や連絡先等個人情報を特定できる情報は使用しません)
- 自費診療にて治療を進めていく中で中途解約された場合は、予定していた治療費の
一部を解約金としてご請求いたします。

いちょう通り歯科医院