

問 診 票 (口腔外科)

来院日 年 月 日

No. _____

フリガナ		住所	〒 -			
お名前		男・女				
生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	職業			
			電話	自宅		携帯

1	紹介状の有無についてお伺いします。	<input type="checkbox"/> 紹介状なし → 2へ進む <input type="checkbox"/> 紹介状あり → 5へ進む 紹介元 ()
2	紹介状なしの方はご希望の診療、治療についてお伺いします。	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 開窓 <input type="checkbox"/> 歯根端切除 <input type="checkbox"/> 歯の移植 <input type="checkbox"/> 腫瘍・嚢胞の疑い <input type="checkbox"/> 顎関節症 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 <input type="checkbox"/> 消炎処置 <input type="checkbox"/> VE (嚥下内視鏡) <input type="checkbox"/> その他 ()
3	紹介状なしの方は当院を受診されたきっかけをお尋ねします。	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> 個人的なご紹介 (様) <input type="checkbox"/> おおはし歯科口腔外科クリニックからの通院歴
4	紹介状なしの方は口腔外科以外の一般治療について、他院紹介のご希望がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
5	今、症状がありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつ頃から) どの
6	これまでに麻酔の注射や抜歯時に異常がありましたか。	<input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いたことがない。 <input type="checkbox"/> 異常なかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 貧血やめまい <input type="checkbox"/> アレルギーが出た <input type="checkbox"/> 止血困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
7	これまでにかかった、あるいは現在治療中の病気についてお尋ねします。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 (狭心症など) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 (ウィルス性肝炎など) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ()
8	現在内服している薬があれば薬剤名をご記入ください。	薬剤名 ※お薬手帳があればお持ちください。 ()
9	アレルギーについてお尋ねします。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬剤: 食品:)
10	妊娠あるいは授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠の方: 妊娠 週目)
11	交通手段をお尋ねします。	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー
12	その他何かありましたらご記入ください。	



(マイナ保険証を利用された方のみ)

※当院がマイナ保険証により、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されましたか？

➡ はい いいえ

当院では患者さんの診療情報を取得・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をお願いいたします。

※医療情報・システム基盤整備体制充実加算

（初診時）加算①6点（マイナ保険証利用なし）

加算②2点（マイナ保証利用）

※ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。

