

受診問診票

【ご記入日】 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男	年 月 日
ご住所	〒	女	(歳)
勤務先 学校		自宅電話:	
職業		携帯電話:	
メールアドレス			

※ご予約のリマインドメールが届きます

●●●該当する項目にチェックをお願いします●●●

①本日はいかがされましたか？症状や相談したい内容を教えてください

②治療について

- 治療が必要なところは全て治したい
 気になるところの治療のみでいい
 セカンドオピニオン希望
 気になるところの応急処置のみ希望 →理由:引越し予定・かかりつけ医があるため・その他

③今までに下記の病気をしたことはありますか？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 心臓病(狭心症・心筋梗塞ほか) | <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(型) |
| <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 結核(完治・治療中) |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> がん() |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c) | <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 心身疾患 <input type="checkbox"/> 低血圧 |
| <input type="checkbox"/> 血液疾患 | <input type="checkbox"/> リウマチ |
| <input type="checkbox"/> 高血圧(最高 mmHg 最低 mmHg) | |

④現在お薬を服用しているお薬や医師から服用を止められている抗生剤などはございますか？
例: Nsaidsの可否について、マクロライド系、ペニシリン系など

- はい(薬品名:)
 いいえ

⑤アレルギーはありますか？

- はい(アレルギー詳細:)
 いいえ

⑥歯科の麻酔や抜歯で具合が悪くなったことはございますか？

- はい
 いいえ

⑦喫煙歴はありますか？

- はい(/日) いいえ

⑧女性の方のみ: 現在妊娠もしくは妊娠の可能性はございますか？

- はい(ヶ月) 可能性はある
 いいえ

⑨当院をお選びいただいた理由を教えてください

- 看板 看板
 紹介() 職場が近いから その他
 家が近いから インターネット(検索ワード:)

⑩マイナ保険証による診療情報取得について

同意する

※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和7年4月上旬現在の状況

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。

●●●ご記入ごたきましてありがとうございます●●●

医療法人白翠会 岡崎駅南デンタルオフィス