

歯と口の治療管理

年 月 日
生年月日：明治 大正 昭和 平成 令和
年 月 日（ 歳）

ふりがな
お名前

様

（ 男 ・ 女 ）

住所	〒	—
自宅電話番号		
携帯番号		

（患者さんへ）あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。
継続的な管理と指導を受けられる方は枠内の必要事項をご記入ください。

●次の事についてお伺い致します。（□にチェック、または該当するものに○を）

現在治療中ですか？	☐ 特になし ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 心血管疾患 ☐ その他（ ）
現在飲んでいる薬は ありますか？	☐ いいえ ☐ はい お薬名（ ）
1日の歯磨き回数は？	回
歯磨きの時間は？	☐ 朝食後 ☐ 昼食後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前
良く飲む飲み物は？	☐ 炭酸飲料 ☐ ジュース ☐ その他（ ）
間食はしますか？	☐ 間食はしない ☐ 毎日 ☐ 時々
歯ブラシは何を 使用していますか？	☐ 歯ブラシ ☐ フロス ☐ 歯間ブラシ ☐ その他（ ）
喫煙習慣は？	☐ なし ☐ あり ☐ 過去にあり
睡眠時間は？	☐ 十分 ☐ やや不足 ☐ 不足
歯磨き方法は？	☐ 習ったことがある ☐ 習ったことがない
薬や食べ物でアレルギーがあ りますか？	☐ いいえ ☐ はい 具体的に（ ）
妊娠されていますか？	☐ いいえ ☐ はい ☐ 授乳中

◆いつから、どのような状態ですか？（具体的にご記入ください）

--

☐ 紹介書を受け取ったときから症状に変わりはないです

マイナンバーカードの健康保険証(マイナ保険証)に関する問診票

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。

◆医療情報取得加算(初診時)加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

1. マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか? 【はい・いいえ】
「はい」とお答えの方は、2の質問は回答不要です。
2. この1年間で特定健診(メタボ健診)または自治体健診を受診しましたか? 【はい・いいえ】
「はい」とお答えの方、受診時期、指摘されたことをお教えてください。

3. ほかの医療機関からの紹介状は持っておられますか? 【はい・いいえ】

以下の項目は、通常の問診票にお答えいただければ記載は不要です。

4. 現在、ほかの医療機関に通院しておられますか? 【はい・いいえ】
「はい」とお答えの方、医療機関、受診開始日、治療内容をお教えてください。
(お薬手帳をご持参でしたら、ご提示ください。)