問　診　票

下記の質問に正確に記入願います。

令和　　年　　月　　日

ふりがな 氏名		男・女	大・昭・平・令 年　月　日生
住所	〒　　自宅電話（　　）	勤務先	電話（　　）
携帯電話番号		携帯電話は緊急連絡等に使用いたします。 メールはにしむら歯科からの情報をお受け取りになりたい方はご記入下さい。	
メールアドレス(PC/携帯)			

どうなさいましたか	□虫歯の治療がしたい　□検査をしてほしい　□歯がしみる □入れ歯をいれたい　□歯がかけた　□歯茎が腫れた □歯の清掃をしたい　□つめた物がとれた　□その他（　　）						＜医師記入欄＞
どこが痛みますか そして いつから痛みますか	右上	上前	左上	□歯　□舌 □歯肉　□頬	□今日初めて　□昨日から　□時々 □＿＿＿日くらい前から　□ずっと前から		
	右下	下前	左下	□顎　□唇	□現在は痛みはない		
痛み方は	□ズキズキ　□ズーッと　□噛んだときに痛む　□痛んだり止んだり □冷たい物がしみる　□夜になると痛む　□甘い物で痛む □熱い物がしみる　□物がはさまって痛む						
麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありませんでしたか	□ない	□ある→	□気分が悪くなる　□大量の出血　□貧血になった （具体的に）				
薬や食べ物などのアレルギー、特異体質などはありませんか	□ない	□ある→	□薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる □じんま疹　□アトピー　□喘息　□他 （原因）				
現在、通院中の病院はありますか。また、薬を飲んでいますか	□ない	□ある→	（病名） （医院名/医師名） （薬剤名）				
内科的な病気はありませんか。または過去にかかったことはありますか	□ない	□高血圧（　　） □低血圧（　　） □肝炎(A・B・C・他) □糖尿病（　　）	□心臓疾患 □胃腸・腎疾患 □血液疾患 □脳神経疾患	□骨粗鬆症 □その他			
女性の方へ	□ない	□妊娠　　ヶ月	□産後　　ヶ月　（授乳　有・無）				

歯みがきについて	□朝　□昼　□夜　□寝る前　１回（　　）分　□フロス　□歯間ブラシ　□その他		
よく飲むものは	□炭酸飲料　□ジュース　□その他（　　）	喫煙	□無　□有〈１日＿＿本〉
間食は	□しない　□規則正しい　□不規則	歯みがきの指導は	□習ったことがある □習ったことがない
睡眠時間は	約（　　）時間		

この機会に	□悪いところは全て治したい　□今、痛むところだけ治療したい
治療方法のご希望は	□全て保険の範囲内で治療したい　□場合によっては自費でも構わない（話を聞きたい） □最も良い材料と方法で治療したい（自費治療）
予約のご希望は	予約は　月・火・水・金・土　曜日　　時頃希望　・いつでもよい。（○を付けて下さい）
当院を何でお知りになりましたか？	□近所だから　□看板を見て　□ホームページを見て　□その他（　　） □タウンページ、情報誌を見て　□家族・知人の紹介（　　様）
その他、要望等はありますか	

＊記入された個人情報は、にしむら歯科個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。

＊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・活用するために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1 6点　加算2　2点（マイナ保険証を利用した場合）