

初診の診察前にお読みいただきたいこと

当診療所は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療情報取得加算の算定医療機関)として初診時に以下の加算を算定しております。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。

健康保険証(資格確認書)を利用した場合	初診時:医療情報取得加算 (1点) 再診時:医療情報取得加算 (1点) ※ 3カ月に1回算定
マイナ保険証を利用した場合 (毎回提出)	初診時:医療情報取得加算 (1点) 再診時:医療情報取得加算 (1点) ※ 3カ月に1回算定

下記の質問事項について回答欄にご記入ください。

質問事項	回答欄	
【1】他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。	☐ いいえ ☐ はい	
【2】現在、他の医療機関に通院中ですか。	☐ いいえ ☐ はい	「はい」の場合は、別紙【問診票】の該当項目に回答をお願いいたします。
【3】本日、マイナ保険証を利用する際に、受診歴・薬剤情報・特定健診等の取得に同意しますか。	☐ 同意する ☐ 同意しない(※) ☐ マイナ保険証は利用しない	※1 つでも「同意しない」を選択された場合は、マイナ保険証をご利用であっても、マイナ保険証を利用しない場合の加算点数となります。
【4】この1年で特定健診や高齢者健診を受けましたか。 ※【3】で「同意する」を選択された場合は回答不要	☐ いいえ ☐ はい	いつ頃ですか？ 健診時に指摘されたことがあれば記入ください。 _____ _____

※マイナ保険証とは？:マイナンバーカードの健康保険証利用のことです。

詳しくお知りになりたい方は、マイナンバー総合フリーダイヤル 0120-95-0178 にお問い合わせください。

【問診票】

ご来院の患者様へ適切な診断と診療を提供するため、以下のご質問にお答えいただきたくお願い申し上げます。なお、ご記入いただいた「問診票」については個人情報取り扱い規程に則り適切かつ安全に管理・運用いたします。

来院日 20 年 月 日

患者様の氏名 (年齢 歳)

該当する項目に✓または○をつけてください。

1. ご来院された理由は何ですか？

- ☐ 歯が痛い ☐ 咬むと痛い ☐ 何もしなくても痛い ☐ ズキズキ痛い
☐ 鈍く痛い ☐ 歯ぐきが痛い ☐ 歯がぐらぐらする ☐ 歯ぐきが腫れている
☐ 歯ぐきから血が出る ☐ しみる(冷たい・熱い・甘い) ☐ 歯を抜きたい
☐ (詰め物・被せ物)がとれた ☐ 義歯が(壊れた・合わない) ☐ 歯がかけた
☐ 定期健診 ☐ クリーニング ☐ ホワイトニング ☐ 歯並びを治したい
☐ その他 ()

担当医記載欄

2. 1. で痛みや腫れがあるとお答えになられた方はいつ頃からですか？

- ☐ 今日から ☐ 日前から ☐ 週間前から ☐ その他 ()

担当医記載欄

3. 今まで歯科の治療で何か異常がでたり、ご気分が悪くなったことはありますか？

- ☐ ない
☐ ある 以下の項目から当てはまるものに✓をお願いします。
【☐ 麻酔したとき ☐ 抜歯したとき ☐ その他 ()】
☐ 血が止まらなかった ☐ 熱が出た ☐ 麻酔が効かなかった
☐ 貧血を起こした ☐ 何日も痛みが続いた ☐ その他 ()

担当医記載欄

4. 現在、通院中または過去にかかったことのある病気はありますか。

- ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ 高血圧
☐ 貧血 ☐ 脳血管障害 ☐ 胃腸の病気 ☐ 糖尿病 ☐ ぜんそく ☐ 結核
☐ リウマチ ☐ てんかん ☐ 更年期障害 ☐ アレルギー ☐ 自律神経失調症
☐ 骨粗しょう症 ☐ その他 ()

担当医記載欄

5. 現在、通院中の病院はありますか？

☐ ない

☐ ある（通院中の病院の診察券を受付でコピーさせていただければ記入不要です。）

病院名等

病名等

担当医記載欄

6. 現在服用中のお薬はありますか。（該当する番号を○で囲んでください。）

☐ ない

☐ ある（お薬手帳を受付でコピーさせていただければ記入不要です。）

お薬の名前

担当医記載欄

7. お薬、食品、その他アレルギー、または医師により注意を受けたお薬はありますか。

☐ ない

☐ ある（以下の項目から当てはまるものに✓をお願いします。）

☐ お薬（ ） ☐ 食品（ ）

☐ 金属（ ） ☐ 麻酔 ☐ 花粉症 ☐ その他（ ）

担当医記載欄

8. 歯科以外の手術の経験はありますか。

☐ ない

☐ ある 病名

手術内容

時期 年 月 日 入院期間約 日

輸血経験 ☐ ない ☐ ある

担当医記載欄

9. タバコはお吸いになられますか。（該当する番号を○で囲んでください。）

☐ 吸わない ☐ 過去に吸っていた。（1日 本/ 年前）

☐ 吸う（1日 本/現在）

担当医記載欄

10. 女性の方へ

- ☐ 妊娠していない ☐ 妊娠中(約 週目) ☐ 妊娠の可能性ある
☐ 授乳中(乳児の年齢: 歳 ヶ月)

担当医記載欄

11. 歯科診療についての希望について

- ☐ 今日だけの応急処置 ☐ この歯だけ治したい ☐ 検診してほしい
☐ 悪いところがあれば全部治したい ☐ 健康保険の範囲で治したい
☐ なるべく健康保険で治し、多少の費用をかけてもよい
☐ 先生と相談して決めたい ☐ 費用がかかってもよい材料で治療したい
☐ その他()

担当医記載欄

12. ご家族で当診療所に受診されている方がいますか。

- ☐ いません
☐ います(お名前)

13. その他希望がございましたらご記入ください。

担当医問診票チェック日

20 年 月 日

担当医署名 印

最後に当診療所をどのような方法で知りましたか。該当する番号を○で囲んでください。)

- ☐ 看板・広告・明海ホームページ等 ☐ 明海大学関係者の紹介 ☐ 明海大学職員
☐ 明海大学学生 ☐ メイカイクラブ ☐ 家族・知人 ☐ かかりつけ医からの紹介
☐ その他()

ご協力ありがとうございました。