

□にはチェックを入れてください

小児問診票

(ふりがな) お名前 (男・女)	生年月日 (満 歳) 明・大・昭・平・令 年 月 日
ご住所 〒	電話番号 () - ※携帯番号 (日中の連絡先として) () -
保育園・幼稚園・学校名	記載者氏名 続柄
①どうなさいましたか (現在の症状・ご希望) 【複数可】	<input type="checkbox"/> 歯・歯ぐきが痛い (しみる・ズキズキ・かむと痛い・はれた・その他) <input type="checkbox"/> 虫歯がある・ありそう <input type="checkbox"/> 揺れている乳歯がある <input type="checkbox"/> 永久歯がはえてきた <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯並び (矯正) の相談 <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> フッ素塗布希望 <input type="checkbox"/> 定期健診がしたい <input type="checkbox"/> 検診で歯科受診を勧められた <input type="checkbox"/> 歯磨き相談 <input type="checkbox"/> 食事の相談 <input type="checkbox"/> その他 ()
②どこですか	<input type="checkbox"/> 右上奥歯 <input type="checkbox"/> 上の前歯 <input type="checkbox"/> 左上奥歯 <input type="checkbox"/> 右下奥歯 <input type="checkbox"/> 下の前歯 <input type="checkbox"/> 左下奥歯 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他 ()
③いつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
④痛みはどのような感じですか	<input type="checkbox"/> 何もしなくても痛い <input type="checkbox"/> 冷・熱いものを口に入れると痛い <input type="checkbox"/> 食事をすると痛い <input type="checkbox"/> その他 ()
⑤当院をお知りになった理由	<input type="checkbox"/> 知人・家族から紹介 (ご紹介者のお名前:) 様) <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 (医療機関名:) 紹介状: あり・なし <input type="checkbox"/> 医院前を歩いて <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他 ()
⑥お子様は重い病気になられたことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年齢: 歳頃 病名: () 病院 () 科 ()
⑦現在病院にかかっていますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年齢: 歳頃 病名: () 病院 () 科 担当 () 先生 ()
⑧アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 食べ物・金属・薬: 品名 ()
⑨現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※お薬手帳をご提出ください
⑩歯科治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 他院にて () 歳頃 <input type="checkbox"/> 当院にて () 歳頃 その時の様子: できた・嫌がった・泣いた・暴れた・その他 ()
⑪治療で麻酔をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある: その時の様子 (問題なし・効きにくかった・気分が悪くなった)
⑫お子様の治療方法について (恐怖心が強い場合)	<input type="checkbox"/> 何度か治療の練習をしながら進めていく <input type="checkbox"/> 泣いても、押さえつけてでも行う <input type="checkbox"/> その他 ()
⑬予約についてのご希望があればご記入 ください	来院できる曜日→ <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 来院できる時間帯→ <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 午前_____時頃 <input type="checkbox"/> 午後_____時頃 年 月 日までに治療を終えたい (ご希望に添えるとは限りません)
⑭その他ご希望・ご相談がありましたら ご記入ください	

当院は診療情報を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。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい いいえ