

問診票 (小児)

ふりがな

お名前

男・女 () 歳

お子様の呼び名

くん・ちゃん

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

*医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

☆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

☆他の医療機関からの紹介状はありますか? はい いいえ

1. 本日はどうされましたか?

歯が痛い (いつから?) 場所は?)

虫歯がある 歯茎から血が出る 顎が痛い

永久歯が生えてきた 歯のお掃除をして欲しい フッ素を塗布して欲しい

検診希望 矯正の相談 その他 ()

2. 今までに歯科治療の経験はありますか?

ない ある (歳 ヶ月、内容:)

「ある」と答えた方 麻酔はしましたか? いいえ はい

抜歯はしましたか? いいえ はい

治療中に異常はありましたか? いいえ はい (症状:)

3. これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか?

ない ある (薬: 食べ物:)

4. 現在、通院している医療機関はありますか?

ない ある (医療機関名: 病名:)

「ある」と答えた方 服用している薬はありますか?

いいえ ある (薬名:)

*お薬手帳をお持ちの方は、受付にお出してください。コピーを取らせていただきますので、ご了承ください。

5. 歯磨きの時、何を使用していますか? (複数回答可)

歯ブラシ フロス・糸ようじ 歯磨き粉 その他 ()

*小学生以上の方で、汚れを染め出しての歯ブラシ指導を希望されますか?

いいえ はい

6. 仕上げ磨きはしていますか?

いいえ はい (どなたが: いつ:)

7. 好きなおやつや飲み物を教えてください。

(食べ物: 飲み物:)

また、おやつを食べる時に決まり事はありますか?

時間と回数を決めている 欲しがる時にあげている 寝る前に食べる時がある その他 ()

8. 当院をお知りになったきっかけを教えてください (複数回答可)

家族からの紹介 (お名前: 関係:) 知人からの紹介 (紹介者:)

医院の前を通過 看板を見て インターネット その他 ()

9. お子様の性格や特性で、気をつけて欲しいことや相談したいことがありましたら、記載してください。

例: 女性でないため、座って歯磨きをさえてくれない