

お子さま問診票 (小学生以下)

ご記入日 年 月 日

フリガナ				男			
お名前	愛称			女	平成	年	月 日生
ご住所	〒	自宅電話					
		携帯電話					
保護者氏名	Email		@				
こちらから連絡してもよい連絡先			<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> Email		

お手数ですが該当する箇所にご チェックをつけてお答えください。

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい いいえ

アレルギーはありますか？

ある (お薬:)
(食べ物:)

ない

どうなさいましたか？ (複数回答可)

歯が痛い 歯に穴があいた
口の中をケガした 歯の打撲
悪いところがないか調べてほしい
歯並びの相談
フッ素を塗ってほしい
学校検診で受診を指示された
その他 (具体的にご記入ください)

[]

以前、歯医者さんで治療を受けたことがありますか？

ある (才頃) ない

その時の治療の様子はいかがでしたか？

上手にできた 嫌がった 泣いた 暴れた
わからない その他 ()

いつからですか？

今日 () 日前から
その他 ()

麻酔をしたことはありますか？

ある (才頃) ない

クセはありますか？

指しゃぶり 爪かみ 歯ぎしり 口呼吸

次の病気にかかったことはありますか？

心臓病 肝臓病 腎臓病 肺炎 結核
喘息 黄疸 アトピー性皮膚炎
その他 (具体的に:)
ない

泣いたりぐずったりして治療が困難な場合

治療をやめてほしい
訓練しながら進めてほしい
押さえつけてでも続けてほしい
その他 ()

現在、お医者さんにかかっていますか？

はい (病名:)
いいえ

当院を知ったきっかけ

医院を直接見て (看板など)
知人・家族の紹介 () 様
インターネット・ホームページ
チラシなど
その他 ()

現在、飲んでいる薬がありますか？

ある (お薬の名前:)
ない

マイナ保険証をご利用の方へ

当院では患者さん診療情報を取得・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。
 当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しましたか？ (はい・いいえ)

☆診察に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入ください。

[]