

氏名

性別 男 ・ 女

愛称 \_\_\_\_\_ くん・ちゃん

生年月日 H・R 年 月 日 歳

体重 \_\_\_\_\_ kg

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 保護者年齢 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_

自宅住所：〒 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

携帯電話 ( ) \_\_\_\_\_

プライバシーは厳守いたします。上欄の全ての項目を正確に記載頂き、下欄の該当するところに丸をして下さい。

## ● 小林歯科医院を何でお知りになりましたか

1. 看板・院前を見て      2. 電話帳      3. ご紹介 (家族・知人：ご紹介者 \_\_\_\_\_ )  
4. HP      5. 口コミサイト      6. その他 ( \_\_\_\_\_ )

## ● 歯の治療の経験がありますか      ない      検診のみ      ある (協力的・非協力的)

## ● どうなさいましたか

歯 (口虫歯がある      痛む      つめ物がとれた      動く      ぶつけた )      歯ぐき ( 痛む      腫れ )  
検査を受けたい      フッ素      歯の掃除      歯並びが気になる      その他 ( \_\_\_\_\_ )

## ● どこが最も気になりますか      また      治療の範囲

右上奥	上前	左上奥	痛いところだけ治したい	悪いところ全部治療して欲しい
右下奥	下前	左下奥		

## ● 現在、体のどこかに悪いところがありますか

ない      ある      脳疾患      心臓      肺      血液      高・低血圧 ( / )      肝臓      腎臓      目  
糖尿病      胃・腸      甲状腺疾患      アレルギー      その他 ( \_\_\_\_\_ )

## ● アレルギー(薬、食べ物)や特異体質はありますか

ない      ある (何に対して \_\_\_\_\_ )

## ● 現在、薬を飲んでいますか (漢方薬、健康食品も含めて)

ない      ある      薬の名前、種類など \_\_\_\_\_

## ● 薬を飲んだ時、異常・副作用はありましたか

ない      ある      薬の名前、種類など \_\_\_\_\_

## ● 今まで麻酔や歯の治療を受けた時、何か変わったことはありましたか

ない      ある      麻酔の経験がない  
貧血をおこした      ショックをおこした      血が止まりにくかった      その他 ( \_\_\_\_\_ )

## ● 今までに入院するような大きな病気にかかったことがありますか？

ない      ある (具体的に： \_\_\_\_\_ )

## ● 歯を磨いていますか      磨かない      親が磨く      自分で磨く      1日 \_\_\_\_\_ 回 (朝 昼 夜 時々 毎食後)

## ● フッ素を塗ったことはありますか      最後に塗ったのはいつですか      ない      ある      \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

## ● 間食は主に何をあたえていますか      食物 \_\_\_\_\_      飲物 \_\_\_\_\_      1日 \_\_\_\_\_ 回位

## ● 間食時間を決めていますか      いいえ      はい ( \_\_\_\_\_ 時頃)

## ● 通院しやすい曜日や時間 ( ) 曜日 ( ) 時頃      キャンセル待ち      希望      希望しない

## ● 特に先生に連絡したい事があればお書きください \_\_\_\_\_

## ◆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すか？

同意します ・ 同意しません

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。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)

※診療情報取得に同意されない場合は、マイナ保険証を利用しても、マイナ保険証を利用した場合に該当せず、初診時4点加算となります。

予めご承知置きください。