

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。