

初・再診問診票 (小児) 小林 歯科医院 20 年 月 日

氏名 _____ 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。全ての項目を正確にお書き下さい。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 (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	前上	左上
右下	前下	左下

 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
- 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 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。