

歯科問診票（小児用）

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
氏名 _____ (昭・平・令) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

TEL _____ 携帯 _____

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務めています。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

マイナンバーカード (有・無)

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)

他の医療機関から紹介状はお持ちですか? (はい・いいえ)

1. 本日の受診理由 (いつから、どこが、どんな症状ですか)

_____ メインテナンス

2. 今、治療中の病気はありますか (あり [当院・他院 (_____)]・なし)
(病名: _____)

3. 今までに大きな病気にかかったことはありますか (_____) (あり・なし)

4. 今、飲んでいる薬はありますか (あり・なし)
(薬品名: _____)

持参された、お薬手帳を見せてください

5. 注射・薬・食物でのアレルギーはありますか (あり・なし)
(品名: _____)

6. 今までに歯の治療を受けた事がありますか (あり・なし)
はいと答えられた方

1. 治療ができた 2. 嫌がったができた 3. 治療ができなかった

7. 歯科治療で次のような経験がありますか (あり・なし)
1. 血が止まらなかった 2. 貧血を起こした 3. 気を失った 4. ショック状態になった

8. 治療中お子様が泣いたり暴れたりしたら _____
1. 治療をやめてほしい 2. 泣いても治療を続けてほしい

9. 当院では治療中、保護者の方の診療室への立ち入りを原則御遠慮願っていますが、
お子様のそばに付いていたいですか (はい・いいえ)

10. 紹介者 (_____)

11. 治療についてのご希望に○をつけてください

1. 今気になっているところだけ 2. 悪い歯は全部 3. 口の中全体の健康管理も

12. その他ご要望があればお書きください

ありがとうございました。