

問 診 票

受診者について	フリガナ 氏名				男・女	愛称				
	生年月日	H・R	年	月	日生	第子	学校・園名			
	住所	〒			TEL	(日中連絡のつく電話番号をご記入ください) - -				
同居者	氏名			続柄	年齢	氏名			続柄	年齢
	1.					4.				
	2.					5.				
	3.					6.				

以下、当てはまることに✓を入れてください

○ 本日来院された理由をお聞かせください。(複数回答可)

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 虫歯がある | <input type="checkbox"/> 学校検診で指示された |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている | <input type="checkbox"/> 歯を抜いてほしい | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる |
| <input type="checkbox"/> 虫歯予防 | <input type="checkbox"/> その他() | |

○ 今までに歯科医院を受診したことはありますか。

- ない ある(いつ頃: 歯科医院名:)

○ 今までに大きな病気にかかった事がありますか。

- いいえ はい(病名: いつ頃:)

○ 現在、他の医療機関に通院していますか？また、他の医療機関から処方された薬などを服用していますか？

- いいえ はい(病名: 病院名:)
 服用していない 服用している(薬の名前:)

○ お子様の体質で当てはまるものはありますか？(複数回答可)

- 健康 血が止まりにくい
 下痢しやすい その他()

<以下、お子様およびご家族に当てはまるものはありますか？>

- アレルギー
(食物: 薬: その他:)
 局所麻酔で気分が悪くなったことがある 局所麻酔が効きにくい

○ その他、全身的なことや成長・発達面などで伝えておきたい点があれば記入してください。

()

○ 当院をどのように知りましたか？

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 知人の紹介(紹介者さま氏名:) | <input type="checkbox"/> 家族が来ている |
| <input type="checkbox"/> 当院のホームページを見て | <input type="checkbox"/> 看板を見て |
| <input type="checkbox"/> 当院のSNS(Instagram, Facebook)を見て | <input type="checkbox"/> その他() |

○ 治療についてのご希望をお聞かせください。(複数回答可)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 悪い歯はすべて治したい | <input type="checkbox"/> 今回は痛い歯だけ治したい |
| <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい | <input type="checkbox"/> 保険外(自費)の費用がかかっても良い |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

【裏面へ続きます】

お子さんの生活習慣などについてお聞かせください

- 歯磨きについて 1日 () 回 1回 () 分くらい
いつしますか？
 起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前 その他 ()
- 間食(おやつ)の時間は？
 不規則 規則正しい あまり間食を食べない
- よく飲む飲み物は？
 お茶 お水 炭酸飲料 スポーツ飲料 乳酸菌飲料 その他 ()
- 次のような癖はありますか？
 指しゃぶり 爪かみ お口がぼかんと開いている 舌がよく出ている
 唇をかむ ほおづえをつく 滑舌が悪い その他 ()
- 睡眠時間について
就寝 () 時くらい 起床 () 時くらい
昼寝 しない する () 時 ~ () 時くらい
- 喫煙習慣(本人およびご家族)
 なし
 あり (本人 親 その他の同居者)

◆ 当院がマイナ保険証により、お子さんの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意されますか？

はい いいえ

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者署名 _____

当院では、マイナ保険証の利用とこの問診票を通じて、患者さまの診療情報(受診歴、服薬履歴など)を正確に取得し、それを活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。

そのため、マイナ保険証の利用のためのシステムを導入しており、以下の加算を算定する医療機関となっておりますことをご了承ください。

* 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

初診料算定時

1. マイナ保険証を利用しない場合: 6点
2. マイナ保険証を利用した場合 : 2点

再診料算定時

1. マイナ保険証を利用しない場合: 2点(1月に1回)
2. マイナ保険証を利用した場合 : 加算なし

取得した情報は、当院の医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。

マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

医療法人 こぐま小児歯科