

# 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。

- |                             |                                     |          |
|-----------------------------|-------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 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。

- |                              |                                    |        |
|------------------------------|------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 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？

- |                                  |  |        |
|----------------------------------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> いいえ     | <input type="checkbox"/> はい (病名: )       | 病院名: ) |
| <input type="checkbox"/> 服用していない | <input type="checkbox"/> 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)

- |                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 健康     | <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい |
| <input type="checkbox"/> 下痢しやすい | <input type="checkbox"/> 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？>

- |   |                                     |      |        |
|---|-------------------------------------|------|--------|
| <input type="checkbox"/> アレルギー              | (食物: )                              | 薬: ) | その他: ) |
| <input type="checkbox"/> 局所麻酔で気分が悪くなったことがある | <input type="checkbox"/> 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  お口がぽかんと開いている  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。

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