

初診問診票(子供用)

| | | | | |
|---------|-----|------------|-------------|------------|
| フリガナ | | 保護者の名前、連絡先 | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | | 男・女 | 年 月 日 歳 |
| 現住所 | 〒 - | | | |
| 連絡先電話番号 | 自宅 | 携帯 | メール アドレス | |
| | | | | |

下記質問へのご回答をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意します。 はい いいえ

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勤めています。

正確な情報を取得するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

1、本日はどうなさいましたか？ _

- 歯が痛い(かすかに < 軽く < かなり < 強く < 耐えられない程) _
- 歯がしみる 歯が浮いている 歯ぐきから血が出る 歯ぐきが腫れた _
- 口内に何かできた 詰め物が取れた 義歯が壊れた 歯を入れてもらいたい _
- その他() _

2、通園・通学している場合は、園名、校名をお書きください。 _

() 保育園・幼稚園・小学校(年)・中学校(年) _

3、出生時の体重 (妊娠 週 g) 生まれた病院() _

4、出生時のことで伝えておきたいこと _

()

5、乳児期の栄養法 母乳 _ 混合 _ 人工 _ その他() _

6、兄弟・姉妹はいらっしゃいますか いない _ いる(人兄弟(姉妹)の 番目) _

7、今までにかかった病気に○をつけてください。 _

突発性発疹 ・ はしか ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ 気管支炎 ・ ぜんそく
肺炎 ・ 下痢 ・ 嘔吐しやすい ・ 風邪ひきやすい ・ その他() ひきつけ → 最終: 年 月
日、計 回、抗けいれん剤の使用: 無 _ 有 (薬名:) _

8、何かくせはありますか？(複数回答可)✓をつけてください。 _

特になし 指しゃぶり 歯ぎしり いつまでも食べ物を 口に入れている タオルなどくわえる
*裏面に続きます。

ちびるをかむ その他() _

9、今通院していますか？ いいえ _ はい (はいの方は以下ご記入ください) _

病名:()いつ:(年 月 日から 日間) →その後、定期健診はされていますか？ いいえ・はい _
(病院名: 間隔: おき) _

1_0_、食物アレルギーの有無 ない ある (食品名:)・ わからない

1_1_、薬に対するアレルギーの有無 ない ある (薬名:)・ わからない

麻酔で気分が悪くなったことは、ありますか？ ある なし

1_2_、お薬は飲めますか はい(水薬 粉薬 錠剤 カプセル) ・ 苦手 わからない

現在お薬は飲んでいますか？はい(薬の名前)

13_、おやつはどんなものが多いですか？✓を付けてください。

あめ チョコ ガム クッキー スナック菓子 おせんべい 果物類 ヨーグルト ジュース

乳酸飲料 炭酸飲料 お茶 季節もの(例: サツマイモ、ミカン等) 軽食(例 やきそば、おにぎりなど)

その他()

14_、お子様の歯磨きは、いつ行っていますか？

朝 昼 晩 毎食後 寝る前 決まっていない

* どなたが行いますか？

子供のみ 親のみ 子供の後に親 親の後に子供

15_、ご家庭でフッ素を使いますか？

いいえ はい(種類)

16_、お子様は今までに歯の治療を受けたことがありますか？

ある なし

* ある答えの方へ その時、十分な治療がうけれましたか？

できた 応急処置のみ できなかった

17_、治療についてどのようにお考えですか？

泣いてもできるだけしてほしい ムリにはしてもらいたくない 慣れてから治療をしてほしい

18_、どのようにして当院を知りましたか？

家族がかかっている(名前:) (名前:) 知り合いからの紹介(名前:) ・ 病院からの紹介(病院名:) ホームページを見て ・ その他()

19_、当医院へのご要望がありましたら教えてください。

ご記入いただいた個人情報は、当歯科医院の個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に取り扱いたします。