

相模原ラクーンさいとう歯科医院 小児（幼児、小学生、中学生） 問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			平・令 年 月 日 ( 歳) (年少・中・長) (小 中 年生) 体重 kg
住所	〒 ー □相模原市(中央区 緑区 南区) □町田市		
保護者 電話番号			
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? ※1 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			

本日はどうなさいましたか? <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 検診またはフッ化物塗布希望 <input type="checkbox"/> その他 ( )	症状のある部位に○をつけて下さい。 (右は右手側、左は左手側) 
症状はいつ頃からありますか? 約 ( ) <input type="checkbox"/> 日前 <input type="checkbox"/> 週間前 <input type="checkbox"/> ヶ月前 <input type="checkbox"/> 年前から	
今までにかかった病気や手術はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
現在、治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 舌下療法を行っている <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい	
現在、飲んでいるお薬はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
お薬・食べ物のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ゴム(ラテックス) <input type="checkbox"/> 薬・食物 ( )	
歯科治療(虫歯の治療)をしたことがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯の麻酔をしたことがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
フッ化物の塗布は希望されますか? <input type="checkbox"/> 保険内なら塗布してほしい <input type="checkbox"/> 塗布しないでほしい <input type="checkbox"/> 保険外でも塗布してほしい	
他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
今回の治療の希望を教えてください <input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 相談してから決めたい	
当院をどちらでお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> バス広告 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ( )	
その他 ( )	

※マイナ保険証とは、マイナンバーカードの保険証のことです。

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

※ご協力ありがとうございました。