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 平・令　　年　　月　　日　（　　歳） （年少・中・長）（小　中　　年生）身長　　cm　　体重 kg
氏名			
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　　□同意する　　□同意しない			

本日はどうなさいましたか？

□歯が痛む　　□歯がぐらぐらする

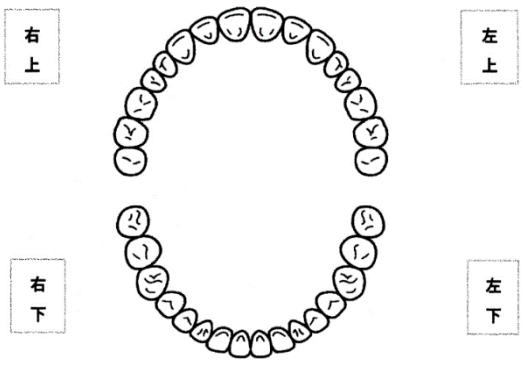
□虫歯がある　　□歯茎が腫れた

□歯並びが気になる　□検診またはフッ化物塗布希望

□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（　　）□日前　□週間前　□ヶ月前　□年前から

今までにかかった病気や手術はありますか？

□なし

□あり（　　）

現在、治療中の病気はありますか？　　□なし　□あり（　　）

□喘息　□アトピー　□舌下療法を行っている　□血が止まりにくい

現在、飲んでいるお薬はありますか？　□なし　□あり（　　）

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□なし　□あり

□ゴム（ラテックス）□薬・食物（　　）

歯科治療（虫歯の治療）をしたことがありますか？

□なし　□あり

歯の麻酔をしたことがありますか？

□なし　□あり

フッ化物の塗布は希望されますか？

□保険内なら塗布してほしい　□塗布しないでほしい　□保険外でも塗布してほしい

口腔機能発達不全症の診察を希望しますか？

□はい　□いいえ　□話だけ聞いてみたい　　（診察希望の方は別紙の口腔機能発達不全症用の問診票にも記入をお願いします）

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？　　□なし　　□あり

今回の治療の希望を教えてください

□この機会に悪いところは全部治したい　□痛いところだけ治したい　□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？

□インターネット　□e-park　□看板　　□知人　□通りがかり　□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。