

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) 体重 kg
氏名			
住所	〒 一 □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			

<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p> <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（ ） </p>	<p style="text-align: center;">症状のある部位に○をつけて下さい。</p> <p style="text-align: center;">（右は右手側、左は左手側）</p> <div style="text-align: center;"> </div>
<p>症状はいつ頃からありますか？</p> <p>約（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>日前・<input type="checkbox"/>週間前・<input type="checkbox"/>ヶ月前・<input type="checkbox"/>年前 から</p>	
<p>今までにかかった病気や手術はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ ）</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ ）</p> <p><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</p>	
<p>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（ ）</p>	
<p>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</p> <p><input type="checkbox"/>ゴム（ラテックス）<input type="checkbox"/>薬・食物（ ）</p>	
<p>歯科治療（虫歯の治療）をしたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	
<p>歯の麻酔をしたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	

<p>フッ化物の塗布を希望しますか？ <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</p>
<p>口腔機能発達不全症の診察を希望されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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)</p>
<p>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</p>
<p>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</p>
<p>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"/> e-park <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>その他 ()</p>

※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。