

記入日 年 月 日

受 診 者	ふりがな	男	女	愛	生年	平・令	年
	お名前	第	子	称			
ご住所	〒			連絡先	自宅		
					携帯		
家 族 構 成	母(お名前 年齢 職業) 父(お名前 年齢 職業)						
	兄弟姉妹(お名前 年齢 男・女 当院受診 有・無) (お名前 年齢 男・女 当院受診 有・無)						
主な養育者 : 母・父・祖母(同居・別居)・祖父(同居・別居)・その他()							
同居家族 : 母・父・姉・兄・妹・弟・祖母・祖父・その他()							

◎どうなさいましたか？

虫歯がある・歯が痛い・歯をぶつけた
 検診希望・予防処置(フッ素・シーラント)
 その他()

◎お子様の全身状態について

◎現在治療中、または過去にかかった病気はあり
 ますか？

・いいえ・はい(病名)
 現在治療中(歳 ヶ月～)
 完治(歳 ヶ月～ 歳 ヶ月)

◎薬や食べ物のアレルギーはありますか？

・いいえ・はい()

◎かかりつけの小児科はどこですか？

()

◎食生活について(卒乳済でもお答えください)

◎哺乳・授乳

母乳・ミルク・混合

◎1日の回数

日中 回 夜間 回

◎寝かしつけの授乳

あり・なし

◎卒乳時期

まだ 卒乳した(歳 ヶ月)

◎離乳食の開始

まだ 始めている(ヶ月～)

◎水分補給について

◎よく飲んでいる飲み物

水・お茶・その他()

◎使用するもの

コップ・ストロー・マグ

哺乳瓶・その他()

◎歯磨きについて

◎歯磨きは始めていますか？

・いいえ・はい(ヶ月～)

◎いつ磨いていますか？

朝・昼・夜

◎使用するもの

はぶらし・フッ素ジェル・ガーゼ

その他()

◎習癖について

・なし

・あり : 口が開いている・指しゃぶり

おしゃぶり・口唇をかむ

舌を出す・その他()

・頻度 : いつも・時々・眠たい時

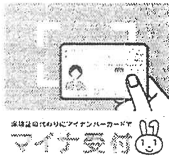
寝ている時・その他()

◎当院はどこで知りましたか？

・紹介された(ご紹介者)

・広告(新聞・雑誌・インターネット)

・近所だから・兄弟が通っている・その他



H付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

診療の前に（マイナ受付対応医療機関）

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

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

現在の症状等に関する質問内容の他に、こちらの質問についてご回答をお願いいたします。
該当する項目にチェックをしてください。

◆マイナ受付について

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (1)はい (2)いいえ

◆健診（特定健診・高齢者健診）について

マイナ保険証による情報取得に同意している場合は、以下の質問の記載を省略していただいても構いません。

特定健診	・・・ 40歳～74歳までの方のメタボリックシンドロームに着目して行われる健診
高齢者健診	・・・ 75歳以上の方の後期高齢者健診

①この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けましたか？

(1)はい (2)いいえ

②健診の時期を教えてください。

() か月前

③その時の指摘事項を教えてください。

()