

問 診 票

受診日 平成 年 月 日

受診者	ふりがな お名前			男 女 第 子	愛 称	生年月日	平成 年 月 日
	ご住所	〒			通 園	幼稚園 保育園 組	通 学 学 校 年
	自 宅 (TEL)		携 帯		メールアドレス		

●ご兄弟(姉妹)の受診について教えてください

お名前	生年月日	性別	当院受診歴	お名前	生年月日	性別	当院受診歴
	平成 年 月 日生	男 女	無 有 (年 月頃)		平成 年 月 日生	男 女	無 有 (年 月頃)
	平成 年 月 日生	男 女	無 有 (年 月頃)		平成 年 月 日生	男 女	無 有 (年 月頃)

*お子様によりよい診察を行うためにお聞かせください

○どうなさいましたか？

- ①虫歯がある
- ②歯が痛い
- ③歯並びをみてほしい
- ④予防処置 (フッ素・シーラント・ハミガキ指導)
- ⑤乳歯がうまく抜けない
- ⑥歯をぶつけた
- ⑦検診希望
- ⑧その他 ()

○今までに入院、手術を受けるような大きな病気にかかったことがありますか？

- ・ない
- ・ある (病名)

○かかりつけの小児科、内科はありますか？

- ・ない
- ・ある (病院名)

○薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- ・ない
- ・ある ()
- ・わからない

○今まで歯医者さんへ行ったことがありますか？

- ①ある (才頃)
- ・治療してもらった
- ・薬を塗ってもらった
- ・検診してもらった
- ・その他 ()

○主な保育者はどなたですか・

- ・父
- ・母
- ・祖父
- ・祖母

○お子様の性格は？

- ・神経質
- ・泣きむし
- ・我が強い
- ・落ち着きがない
- ・恐怖心が強い
- ・うちべんけい
- ・甘えっこ
- ・のんびりしている

その時のお子様の様子はどうでしたか？

- ・上手にできた
- ・泣いたけどできた
- ・暴れた
- ・嫌がってできなかった
- ・その他 ()

○何か癖はありますか？

- ・ない
- ・爪を噛む
- ・口を開けて寝る
- ・その他 ()
- ・指しゃぶりをする
- ・唇を噛んだり触ったりする

②ない

歯の治療についてお子様の様子は？

- ・上手にうけられると思う
- ・嫌がると思う
- ・泣くと思う
- ・泣き暴れると思う
- ・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。

()