

問診票（お子さま用）

※保護者の方が記入してください。

来院日：20 年 月 日（ ）

ふりがな		ふりがな	
お子さまのお名前	男・女	保護者氏名	
住 所	〒		
生年月日	西暦 年 月 日	年 齢	歳 ヶ月（小・中・高 年 生）
自宅電話	（ ）	携帯番号	（ ）
メール アドレス		ご紹介者	様

※質の高い医療のためにマイナ保険証による診療情報取得・活用に同意をお願いします。 同意します

◆どうなさいましたか？

- 虫歯がありそう・ある 歯が痛い・しみる 検診を受けたい 歯をぶつけた、折れた
詰め物がとれた 歯肉がはれた・痛い 歯の清掃をしたい 歯の矯正をしたい（相談）
乳歯が抜けずに永久歯が萌出 学校検診でチェックがついた その他（ ）

◆症状、見た目の異常がある場所はどこですか？

- 上・右奥歯 上・前歯 上・左奥歯
下・右奥歯 下・前歯 下・左奥歯 その他（ ）

◆いつから痛み・違和感がありますか？

- 現在痛み・違和感はない 今日症状が出た 時々症状があった （ ）日くらい前から ずっと前から

◆歯の治療は初めてですか？

- 初めて 経験がある → それはいつ頃ですか？（ 年 月 日）

◆注射の麻酔をしたことがありますか？

- したことがない 経験がある

◆麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありますか？（気分が悪くなる、貧血、出血など）

- ない ある（時期、症状： ）

◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある（原因： 症状： ）

◆持病または過去にかかった病気はありますか？

- 特になし 高血圧 心臓疾患 糖尿病 胃腸疾患 腎疾患 肝炎
ぜんそく 脳疾患 甲状腺疾患 骨粗しょう症 その他（ ）

◆現在薬を飲んでいますか？ 飲んでいない 飲んでいる（薬名： ）◆本日の健康状態はいかがですか？ 健康 風邪気味 熱がある その他（ ）◆お子さまの性格は？ 甘えん坊 泣き虫 おとなしい 活発

◆お子さまの身長・体重は？ 身長： _____ cm 体重： _____ kg

◆予約の曜日・時間帯に関してご希望がありますか？（予約は、 _____ 曜日 _____ 時頃が良い）

◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 インターネット(Googleマップ含む) 通勤・通学路 パンフレット・チラシ 通りがかり 近所 その他（ ）

◆その他ご要望があればご記入ください（ ）

お知らせとお願い（必ずご一読ください）

- 急な休診などでご連絡をすることがあります。なるべくご自宅と携帯番号両方お知らせください。（つながりやすい電話番号をお知らせください）また、当院の電話番号の登録をお願いします。（TEL 028-647-0084）
- 診察券アプリの登録をお願いします。アプリの登録ができない方はメールアドレスをお知らせいただくと、前日に予約の通知か確認メールが届きます。
- 当院は基本予約制です。予約の患者様を優先しますので、ご予約なく来院された場合はお待ちいただく場合があります。（診察できない場合があります）
- 予約のキャンセル・変更をなさる際はなるべく早めにご連絡ください。
- スムーズな診療のため、予約時間に遅れてしまう場合は必ずご連絡ください。遅刻された場合は次の予約の患者様の状況によりお待ちいただく場合があります。15分以上の遅刻は予約の変更をお願いしていますのでご了承ください。
- インフルエンザや肝炎、HIVなどの可能性がある方はお知らせください。
- 骨粗鬆症のお薬をすでに飲まれている、飲み始めた、飲み始める予定の方はお知らせください。抗血栓薬なども服用中、既往があればお知らせください。
- お薬手帳がある方はお見せください。コピーをとらせていただく場合があります。
- 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します。
- その他ご希望や不明点がありましたら医師、スタッフへお尋ねください。

おおはし歯科クリニック 院長