

ふりがな お名前		保護者氏名	
愛称		平・令 年 月 日生 (才 ヶ月)	
ご住所	〒 -	自宅電話	- -
		携帯番号	- -
		緊急連絡先	- -
お子様の通っている幼稚園・保育園・小学校名			

1 本日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> クリーニング・予防処置 (フッ素塗布) <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> その他 ()			
2 お痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> はい→いつから ()	<input type="checkbox"/> いいえ	右上 前上 左上	右下 前下 左下
3 治療したことはありますか？ 又その時何か異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> ある→ (年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 上手に出来た <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 暴れた <input type="checkbox"/> その他 ()			
4 過去又は現在、 内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> (A/B/C/慢性) 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 (亢進/低下) <input type="checkbox"/> その他 ()			
5 アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→具体的に ()			
6 現在内服中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→薬の名前 ()			
7 かかりつけ病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ () 病院 () 先生			
8 お子様について 症状やくせなど 気になることはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 唇をかむ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 口呼吸 <input type="checkbox"/> 舌を出す <input type="checkbox"/> 頬杖をつく <input type="checkbox"/> 発音がはっきりしない <input type="checkbox"/> その他 ()			
9 仕上げ磨きはしていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
10 当クリニックを知った きっかけは？ (いくつでもチェックしてください)	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 自宅が近い <input type="checkbox"/> 会社が近い <input type="checkbox"/> 紹介されて (ご紹介者のお名前:) <input type="checkbox"/> 評判を聞いて (どのような?)			
◆当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受信歴,健診歴,服薬情報等)を取得することに同意しましたか？ はい ・ いいえ 当院では患者さんの診療情報を取得・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。 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(マイナ保険証利用した場合)				

※ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。