

大樹寺歯科 小児問診表

次の事項にできるだけ詳しくお答えください ※個人情報保護法は厳守させていただきます

お名前： _____

年 月 日

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出た <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 詰め物の違和感 <input type="checkbox"/> 歯が抜けたい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング <input type="checkbox"/> 学校から紙が来た <input type="checkbox"/> 歯並び相談・治療 <input type="checkbox"/> その他： _____
いつからですか	約 _____ 日・カ月・年前から
受診歴を教えてください	年 月 日 (_____ 年前が最終受診)・歯医者が初めて 歯科医院名： _____
持病はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 喘息・呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病(B・C型) <input type="checkbox"/> 血液疾患： _____ <input type="checkbox"/> 蓄のう症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 発達障害等(_____) <input type="checkbox"/> その他： _____
通院中の病院はありますか	医院名： _____ 服薬なし・服薬あり： _____ ※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ヨウ素 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> 豚 <input type="checkbox"/> 金属： _____ <input type="checkbox"/> その他： _____
歯科治療後これらが起きたことはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 息苦しくなった <input type="checkbox"/> その他： _____
治療のご希望を教えてください	<input type="checkbox"/> 今、気になっている所だけ治したい <input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> すべて保険内で治したい <input type="checkbox"/> 保険と自費で両方の説明を聞きたい
お子様が泣いて治療を続けることが困難となった際どうされますか	<input type="checkbox"/> 続けて欲しい <input type="checkbox"/> やめて欲しい <input type="checkbox"/> 相談の上決めたい
健診や通院希望日をお答え下さい	<input type="checkbox"/> 定期健診を希望する(フッ素を希望・希望しない) 通院の希望日時 月・火・水・金・土 (午前・午後)
その他	

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お願いいたします。