

# 問診票 (小児歯科)

記入日(西暦) 年 月 日

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな		男 ・ 女	(西暦) 生年 月日	年	月	日( 歳)
お名前						
ご住所	〒 電話番号( - - )					
携帯番号	<input type="checkbox"/> WEB予約サイトへの登録に必要となります。クリニックより緊急時の連絡に使用いたします。 ( - - )					
eメール	<input type="checkbox"/> 予約日時のお知らせ、定期検診のご案内、予約サイトからの連絡に必要となります。 @					

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。お手数ですが、わかる範囲でお答えください。

いかがなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> 顎の関節が痛い <input type="checkbox"/> 予防歯科に取り組みたい <input type="checkbox"/> その他( )
歯科既往歴	およそ( )前 ( )歯科医院
歯科治療経験の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
麻酔経験の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
歯磨き習慣について	1日にだいたい【朝・昼・晩】の( )回
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓(B型・C型・その他) <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧( / mmHg) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c ) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他( )
通院中の病院	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名 )
現在服用しているお薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類 )
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> はい 薬・食べ物・金属名( )
苦手なこと	<input type="checkbox"/> 機械の音に敏感 <input type="checkbox"/> 歯磨き粉などの味が苦手 <input type="checkbox"/> においに敏感 <input type="checkbox"/> 風邪薬のシロップの味が苦手(フッ素と似ています) <input type="checkbox"/> えづきやすい
当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	① ご紹介者( )様 ② クリニックの前を通る、近くに住んでいるから ③ 雑誌の特集(「いい歯医者」「歯科の実力」「頼れるドクター」など) ④ 当クリニックのホームページ ⑤ 口コミサイトを見て

※裏面もございます。

ご来院しやすい 曜日・時間帯		月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後						
	17:00以降						

## 初めての方へ

### 【ご予約について】

患者さんにご満足いただける歯科治療を提供するために、  
 医師・衛生士が最適な期間を患者さんにご予約日としてお約束しております。  
 一方的な変更はご本人の不利益を招くだけでなく、通院中の他の患者さんのご迷惑にもつながるため、  
 当日キャンセル及び無断キャンセルはおやめください。  
 3回された方は、次回以降ご予約での診療はお受けできなくなります。あらかじめご了承ください。  
 当日はお時間通りにご案内するため、5分前までにはお越しください。

### 【保険証・医療証について】

保険医療機関は月初の保険証・医療証の確認が義務付けられています。  
 月初めの受診時、必ずご提示のご協力をお願いいたします。  
 なお、月の途中でも内容に変更がある場合にはご提示をお願いいたします。

### 【その他】

・保育サービスを行っております。保育士のいる日にちについては、ご予約時にお問い合わせください。  
 すべてご予約制とさせていただいておりますため、キャンセルはご遠慮ください。  
 必要に応じて、オムツやお飲み物・おやつはご持参ください。  
 やむを得ない事情により、急遽保育サービスが提供できなくなる場合もございます。  
 ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。

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いたします。

上記の内容について、理解・確認しました。

年 月 日

(ご署名)

