

新潟西歯科クリニック予診票(小児)

記入日

年

月

日

ふりがな			生年月日	大正	昭和	平成	令和
お名前	男・女			年	月	日	()歳
ご住所	〒		連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 () <input type="checkbox"/> 携帯 ()			
当院を選ばれた理由	<input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> HPをみて <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 ※お名前()様 <input type="checkbox"/> その他		診察担当制の希望	あり ・ なし			
★当院で治療中に撮影した写真をHPで症例写真として掲載を許可する							
							はい ・ いいえ
あなたのお困りは	歯 歯並び 口臭 顎関節 歯茎 歯の色 クリーニング 検診 フッ素						なし
どの部位ですか	全体 右下 右上 左下 左上 上前歯 下前歯 その他()						なし
どのような症状ですか	何もしてなくても痛い 噛んだ時に痛い 口を開けるときに痛い しみる(冷たいもの 熱いもの 甘いもの) その他()						なし
いつごろからですか	今日 ()日前 ()か月前 わからない						痛くない
何か病気をしたことはありますか	小児喘息 てんかん その他()						なし
服用薬はありますか	病名:		お薬:		<small>本日お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします。お持ちでない方・忘れた方は受付までお声がけください</small>		
アレルギーはありますか	ある → 食べ物:		薬:		その他:		
以前に治療をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> はい → 問題なく行えた <input type="checkbox"/> (風をかける 虫歯箇所を取る 水が出る道具 水を吸う道具)						いいえ

保育園や学校でフッ素洗口していますか	はい ・ いいえ	間食は決めた時間に食べますか	はい ・ いいえ
フッ素入りの歯磨剤を使用していますか	はい ・ いいえ	間食はなにを食べますか	
仕上げ磨きはしていますか	はい ・ いいえ	よく飲むのみものを教えてください	緑茶 麦茶 ジュース() 水 炭酸水 その他()

◆当院がマイナ保険証により、あなたの診察情報(受診歴・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(保険証を利用した場合) 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

ご提供いただいた情報は、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。

治療についてご希望がございましたら教えてください