

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			大正	昭和	平成	令和				
お名前	男・女	生年月日	年	月	日	()歳				
ご住所	<input type="checkbox"/> マイナ保険証に登録されている住所に住んでいる⇒住所記載不要									
	<input type="checkbox"/> マイナ保険証に登録されている住所以外に住んでいる⇒下記に住所をご記載ください									
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 ()			<input type="checkbox"/> 自宅 ()						
当院を選ばれた理由	<input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 紹介 () 様			診察担当制の希望	あり ・ なし					
	<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 無料送迎 <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> TikTok <input type="checkbox"/> その他									
★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:				なし			
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										
アレルギーは ありますか	ある →	食べ物:	薬:	その他:				なし		
以前に治療を したことはあ りますか	はい → 問題なく行えた (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察情報を取得・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。

●医療情報取得加算●

【初診時:月に1回に限り算定】

医療情報取得加算:1点

／【再診時:3か月に1回限り算定】

医療情報取得加算:1点

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。

治療についてご希望がございましたら教えてください