



フリガナ				男女	平成・令和	年	月	日生
お名前	呼び名( )				( 歳	ヵ月)		
ご住所	〒			自宅電話				
				携帯電話				
保護者氏名								
学校名			ごきょうだい( )	人きょうだいの( )		番目		
こちらから連絡してもよい連絡先			<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話		午前・午後		時頃	

当クリニックがマイナ保険証によりあなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報など)を取得することができます。あなたは同意されましたか？(はい・いいえ)

当クリニックでの患者様の診療情報を取得活用する為マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

お手数ですが該当する箇所は  チェックをつけてお答えください

<p>1、当院を知ったきっかけは何ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 医院を直接見て(看板など)</p> <p><input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介( )様</p> <p><input type="checkbox"/> インターネット・ホームページ</p> <p><input type="checkbox"/> 女性の歯科医師がいるから</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>	<p>3、痛みや気になる場所はどこですか？</p> <table border="1"> <tr> <td>左上</td> <td>前上</td> <td>右上</td> </tr> <tr> <td>左下</td> <td>前下</td> <td>右下</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 全部</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>	左上	前上	右上	左下	前下	右下
左上	前上	右上					
左下	前下	右下					
<p>2、どうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 虫歯がある</p> <p><input type="checkbox"/> 打撲</p> <p><input type="checkbox"/> 歯が痛い</p> <p><input type="checkbox"/> 学校、幼稚園などで健診の紙をもらった</p> <p><input type="checkbox"/> 歯の抜けている所が気になる</p> <p><input type="checkbox"/> 歯茎から血が出たり、痛くなったり、腫れたりする</p> <p><input type="checkbox"/> あごの関節が痛い</p> <p><input type="checkbox"/> 歯並びを治したい</p> <p><input type="checkbox"/> 歯の汚れをとってほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 検診をしてほしい</p> <p><input type="checkbox"/> フッ素塗布をしてほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 虫歯になる原因の検査(虫歯リスク診断)をしてほしい</p> <p style="text-align: right;">別途500円</p>	<p>4、以前歯医者さんで治療を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない。今日が初めて <input type="checkbox"/> ある( )才ごろ</p> <p style="text-align: center;">あるとお答えの方へ</p> <p>その時の治療の様子はいかがでしたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 上手にできた <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 嫌がった <input type="checkbox"/> 暴れた</p> <p><input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他( )</p>						
	<p>5、麻酔をしたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p>						
	<p>6、アレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある( <input type="checkbox"/> 食べ物 ( <input type="checkbox"/> お薬 ) )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>						
	<p>7、次の病気にかかったことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 結核</p> <p><input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 黄疸</p> <p><input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん( 才ごろ)</p> <p><input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他病名( )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>						
<p>*治療や気になる症状がある方へ、その症状はいつからですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> ( )日前から <input type="checkbox"/> その他( )</p>							



\*当院では治療からメンテナンス(予防)まで計画的に行うため歯科衛生士担当制を導入しています。

歯科衛生士担当制を  希望する  希望しない

2枚目へ続きます

