

予診票

15才まで 小児

治療を行う際必要な事柄ですので、出来るだけ詳しくご記入下さい。尚、この資料は秘密を厳守するとともに、治療を行う目的以外に使用しません。下記の該当するところをチェックして下さい。至急ご連絡をさせていただく場合もありますので連絡先は正確にご記入願います。

ふりがな		生年月日	平・令	連絡先(保護者携帯)
お名前	(□男 □女)	年 月 日		☎ ()
ご住所	〒	自宅		ご職業(保護者) □会社員 □会社役員 □自営・自由業 □主婦 □パート・アルバイト □その他 ()
E-mail		☎ - -		学校名 _____

通院に便利な曜日と時間帯	月	火	水	木	金	土	日	午前・午後	時頃
--------------	---	---	---	---	---	---	---	-------	----

■ 当医院をどちらでお知りになりましたか

来院時体温 _____ °C

当院ホームページ 看板 紹介 () 様 その他 ()

■ 来院の動機にあてはまる項目に✓をつけてください。(複数回答可)

- 歯が痛い 詰め物・冠がとれた 歯肉が痛い・腫れた・出血する
- 乳歯を抜いて欲しい 歯がしみる(冷・温) 親知らずの相談
- 定期検診 歯のクリーニング・歯石を取りたい 学校検診のため
- 歯並びをきれいにしたい 予防(フッ素・シーラント) その他 ()

■ それはどこですか？

右上 前上 左上
右下 前下 左下 全部

■ 歯科にかかったことがありますか？

初めて ある(最終受診日 _____ 年 _____ 月頃 _____ 医院名)

■ 治療中に異常があったことがありますか？

いいえ ある(麻酔時・抜歯時 具体的に _____)

■ 食べ物や、薬でアレルギーはありますか？

いいえ ある(具体的に _____) 良好 不調(具体的に _____)

■ 過去に大きな病気をされたことはございますか？

いいえ 喘息 呼吸器の病気 (_____) 心臓の病気 (_____)

肝臓の病気(肝炎A型・B型・C型 _____) 腎臓の病気 (_____) 胃腸の病気 (_____)

糖尿病(血糖値 空腹時 _____ mg/dl) 血液の病気(HIV・ _____) 貧血

甲状腺の病気 けが、事故

その他 (_____)

■ 現在、病気で通院されておりますか？

いいえ はい(病院名 _____ 科名 _____ 病名 _____)

■ 現在飲んでいる薬はありますか？ また、使用できない薬はありますか？

いいえ 飲んでいる薬がある(薬名 _____) 使用できない薬がある(薬名 _____)

■ 手術・輸血の既往はありますか？

いいえ ある(具体的に _____) はい

■ どこまでの治療を希望されますか？

応急処置のみ(他の医院に通院中の場合) 今痛んでいるところだけを治療したい

まず、痛む歯を治療し、他に悪いところがあれば指摘してほしい 悪いところは全部治療したい

■ 診療の内容についてお尋ねします。

保険治療を基本に、保険給付外については相談したい 診療の内容に制限はあっても、保険の範囲内で治療したい

制限のある保険診療に限定せず、快適な治療方法を選択し費用がかかっても良いと思われる方法で治療したい

■ フッ素やシーラントなど、予防処置は希望されますか？

はい いいえ 説明をして欲しい

■ 新型コロナウイルスに関する問診

・4週間以内に新型コロナウイルス陽性と診断された方と濃厚接触はありますか？ はい・いいえ

・過去2週間以内に海外への渡航歴はありますか？ はい・いいえ

・アルコール・ヨードのアレルギーはありますか？ はい・いいえ

■ 治療についてのご意見、ご希望があればお書き下さい。

お預かりしました保険証はコピーをとらせて頂いております。個人情報の保護には細心の注意を払い取り扱いさせて頂き、保険診療以外の目的に使用することはありません。御了承いただけますようお願いいたします。