

ひらの歯科医院予診票(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"/> 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 <span style="float:right">はい ・ いいえ</span>										
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がありますか	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がありますか	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( )

裏面にも続いておりますのでご記入をお願い致します

医院からのお知らせ等をお送りさせていただく際は、どのご連絡方法をご希望されますか

アプリ（治療経過のお写真をお送りする事も可能でオススメです）

Eメール（アドレス： \_\_\_\_\_ ）  はがき  いずれも希望しない

◆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