

小児歯科診療申込書

記入日 西暦 . .

フリガナ 患者様氏名		第()子	愛称	ちゃん 男・女 くん
生年月日	(西暦)	年	月	日
保護者住所			満	さい
保護者住所			自宅 携帯 ※予約日時の確認のため、ショートメールを送信 しております。 不要方は受付スタッフまでお声がけ下さい。	
保護者氏名			様	

この記録は治療の参考にするものです。できるだけ正確にご記入ください。

☆お子様の今までの成長についてお伺いします。

- 1、今までお薬や食物に対してアレルギー反応を示されましたか。 (はい ()
いいえ)
- 2、今まで次のような病気をされたことがありますか。
アトピー性皮膚炎・自家中毒・ぜんそく・けいれん・てんかん・肺炎・肝臓の病気
腎臓の病気・心臓の病気・血液の病気 その他 ()
かかりつけの医院 ()
- 3、他の医療機関からの紹介状をお持ちですか (はい ⇒ 受付にご提示ください ()
いいえ)
- 4、現在処方されているお薬はありますか (はい ⇒ 受付にご提示ください ()
いいえ)
- 5、お子様は今までに歯科の治療を受けたことがありますか。 (はい ・ いいえ)
- 6、当院を選んだ理由をお聞かせ願えますか。
・近所だから
・家族・知り合いが来院しているから お名前()様
・ホームページを見て ・その他 ()

日常生活について

- 1、お宅は共働きですか？ (はい ・ いいえ ・ ひとり親)
- 2、祖父母と同居していますか？ (はい ・ いいえ)
- 3、お子様にいつ頃からアメなどの甘い味もしくは市販のお菓子を与えられましたか？
(1歳ごろ ・ 2歳ごろ ・ 3歳ごろ)
- 4、お子様の歯をご両親が磨いてあげますか？ 1日 ()回
毎食後 ・ 朝食前 ・ 朝食後 ・ お風呂で ・ 寝る前 ・ すべて子供が磨く
- 5、フッ素入りの歯磨き粉を使用していますか？ (はい ・ いいえ)
- 6、定期的にメンテナンスで歯科医院を受診していますか？ (はい ・ いいえ ・ 以前通っていた)

マイナ保険証について

当院は診療情報を取得・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致します。
なお、ご提供いただいた情報等は、当院が診療・診察行為以外での目的で使用することは一切ございません。
★当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、服薬情報等)を取得することに同意しますか
(はい ・ いいえ)