

保護者の方へ（診療申込書）

記入日 令和 年 月 日

ふりがな									
名前		男・女	生年月日	平	令	年	月	日	
住所	〒	—	TEL			()	
学校名	保育園・幼稚園・小学校								

① 本日来院された理由をお聞かせください

どこが	<input type="checkbox"/> 右上の奥歯	<input type="checkbox"/> 上の前歯	<input type="checkbox"/> 左上の奥歯			
	<input type="checkbox"/> 右下の奥歯	<input type="checkbox"/> 下の前歯	<input type="checkbox"/> 左下の奥歯			
いつ頃から	<input type="checkbox"/> 1週間前	<input type="checkbox"/> 2-3日前	<input type="checkbox"/> 昨日	<input type="checkbox"/> 今日	<input type="checkbox"/> その他
どうされましたか	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 欠けた	<input type="checkbox"/> 腫れた			
	<input type="checkbox"/> 乳歯がぐらぐらする	<input type="checkbox"/> 歯並びが気になる	<input type="checkbox"/> 永久歯の生えかわり気になる			
	<input type="checkbox"/> 定期検診をしたい	<input type="checkbox"/> フッ素を塗りたい				
	<input type="checkbox"/> その他				
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい				

② 生活習慣

【お口のお手入れについて】 歯磨きをする時は 起床後 食後（朝・昼・夕） 就寝前
1回の時間は 分くらい

歯ブラシ以外の清掃用品は フロス 歯間ブラシ その他

【睡眠時間】 約 時間（ 良好 普通 不良）

【食生活習慣について】 習慣的飲料物 なし あり

間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

③ 既往歴

【現在、通院していますか】 いいえ はい（病院名 病名）

【いつも飲んでいるお薬は】 なし あり

【薬物アレルギーは】 なし あり

【その他のアレルギーは】 なし あり

【慢性疾患】 なし あり

④ 歯科既往歴

【歯科での麻酔経験は】 なし 不明 あり（そのとき異常は なし あり）

【抜歯の経験は】 なし 不明 あり（そのとき異常は なし あり）

 裏面に続きがございます

⑤ ひろはしハートフル歯科をどちらでお知りになりましたか？

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 当院ホームページを見て | <input type="checkbox"/> その他のインターネットを見て |
| <input type="checkbox"/> 紹介 <紹介者: _____ > | <input type="checkbox"/> 家族・親族の勧め |
| <input type="checkbox"/> 買い物に来て | <input type="checkbox"/> その他 _____ |

⑥ 来院しやすい時間・曜日を教えてください

- いつでもよい
- 都合のよい時間帯がある ・時間帯 午前 ・ 午後 ~ ・曜日 日・月・火・水・金・土

⑦ その他、治療に関しての希望や注意して欲しいこと、疑問な点がありましたら記入して下さい

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いたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴・健康歴・服薬情報など)を取得することについて

- 同意する ・ 同意しない

この問診票は診療のための大切な参考資料です

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

ご記入ありがとうございました ひろはしハートフル歯科 院長 廣橋 賢