

# 初診時間診票

現住所 〒 \_\_\_\_\_

お車だと だいたい何分の所ですか? ※当てはまるものに☑印を

10分以内  30分以内  60分以内  それ以上 ( 時間 分位)

より良い治療をお受けいただくために 現在のお子さんの健康状態や診療希望をおたずねします  
できるだけ正確にご記入をお願いいたします (ご記入いただいた内容については秘密を厳守いたします)

今日はどうされましたか?

※ 複数回答可

受診理由に☑印を

一番の受診理由に■印を

- 歯の痛み・ムシ菌  歯ぐきの痛み・腫れ  外傷  
 健診で受診を勧められた  悪い所がないか健診希望  
 歯並び  ムシ菌の予防 (フッ素・歯みがき指導など)  
 その他: \_\_\_\_\_

痛みがありますか?どの程度ですか?

- 痛くない  少し痛い  とても痛い  
 初めて  ある (最後に受診したのが \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月位前)  
 有  無 ※ 有無の順番に注意  
 何ともない  少し怖い  とても怖い  
 良い  あまり良くない  悪い  その他  
 病院にかかっている (病名: \_\_\_\_\_)

歯科を受診されたことはありますか?

歯科で麻酔をしたことがありますか?

受診を怖がっていますか?

現在の健康状態は?

続けて使用している薬がありますか?

- 無い  ある:薬の種類・名前 \_\_\_\_\_

副作用の出た薬・注射がありますか?

- 無い  ある:薬・注射の名前 \_\_\_\_\_

アレルギーがありますか?

- 無い  ある (当てはまるものに○や記入を)  
鼻炎 結膜炎 喘息 アトピー  
(食べ物: \_\_\_\_\_)  
(その他: \_\_\_\_\_)

ご家族でアレルギーのある方がおられますか?

- 無い  いる (当てはまるものに○や記入を)  
鼻炎 結膜炎 喘息 アトピー  
(食べ物: \_\_\_\_\_)  
(その他: \_\_\_\_\_)

ケガや抜歯などで血が止まりにくいことがありましたか?

- 無い  ある

今までに手術をしたり入院をしたことがありますか?

- 無い  ある (病名: \_\_\_\_\_ 時期: \_\_\_\_\_)  
(病名: \_\_\_\_\_ 時期: \_\_\_\_\_)

肝炎などの感染症をお持ちですか?

- 無い  ある (当てはまるものに○や記入を)  
B型肝炎 C型肝炎 結核 梅毒 HIV  
(その他: \_\_\_\_\_)

当院をどのようにして知られましたか?

※ 複数回答可

当てはまるものに☑印を

一番当てはまるものに■印を

- 当院の前を通った  看板等  インターネット  
 テレビ  当院に通われている \_\_\_\_\_ さんの紹介  
 ママンペール  プレスネット  イクちゃん子育てガイド  
 タウンページ  他院からの紹介 (施設名 \_\_\_\_\_)  
 兄弟姉妹が通っている  その他 ( \_\_\_\_\_ )