

問診票（小児用）

かな	(通称・ニックネーム)	男・女	生年月日	平成	年	月	日
名前	()		携帯番号				
住所 〒							
自宅 ☎ 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()							
予約の確認等で、携帯・緊急連絡先へご連絡さしあげても宜しいでしょうか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
定期健診のハガキをご住所にお出ししても良いですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							

当院を知ったきっかけは？

自宅近く 看板 ホームページ
当医院前 知人 ()
家族 () その他 ()

どこが気になりますか？（複数可）

歯が痛い 歯茎が痛い 歯がグラグラする
歯のクリーニング 矯正相談
全体的に診てほしい
その他 ()

いつから気になりますか？

本日から () 日前から
その他 () 前から

アレルギーはありますか？

ない
ある → ()

歯科以外の病院に通院していますか？

いいえ
はい → 医院名 ()
 担当医師 () 先生
 病名 ()

上記チェックのある方はお薬の服用はありますか？

いいえ
はい ()
 ※お薬の服用がある場合はお薬手帳の提示をお願いいたします。

歯科は初めてですか？

はい いいえ → () ヶ月・年ぶり
 転院・中断の理由も宜しければお聞かせ下さい。
 → ()

歯科治療中、治療後なにか異常はありましたか？

いいえ
はい（以下チェック）
気分が悪くなった 腫れた 熱が出た
湿疹 アレルギーが出た
その他 ()

虫歯や歯周病は予防できるとご存知ですか？

はい いいえ

上記で「はい」をチェックした方、ご自宅での様な事を意識して取り組んでいますか？（複数可）

本人に歯磨きをしっかりとるように指導している
仕上げ磨きをしている
 （毎日 週に2、3回 その他 ()）
フッ素入りの歯磨き粉などを使用している。
間食回数を減らしている（1日 回位）
甘味を減らしている
歯科で定期健診を受けている
特にしていない
その他 ()

予防について聞きたい事はありますか？

虫歯の予防について
本人の歯磨き、仕上げ磨きの方法
ホームケア用品（歯磨き粉・歯ブラシ）の選び方
フッ素の使い方
間食について
その他 ()
特にない

当医院に通院中のご家族の方がいらっしゃいましたら
 “お名前（間柄）”をご記入下さい。

{