

問診票(3歳～小学生までのお子様用)

年 月 日

| | | | | | | | | |
|--|------------------|---|------------------------|-----|---|-----|----|----|
| ふりがな お名前 | ニックネーム | | ご兄弟がいらっしゃる方 兄 弟 姉 妹 | | | | | |
| 生年月日 | 身長 | | 体重 | | | | | |
| 西暦 | 年 | 月 | 日 | 生まれ | 才 | 男・女 | cm | kg |
| 保護者氏 | ご住所 〒 | | 自宅 TEL | | | | | |
| 携帯 TEL | | | | | | | | |
| 保育園・幼稚園・小学校 | | | | | | | | |
| ご紹介者 | 当院は何でお知りになりましたか？ | | | | | | | |
| 様 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> Google Maps <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | |

どうなさいましたか？ 予防をしてほしい むし歯 痛む 歯並び

それはどこですか？(本人から見て)

| | | |
|----|----|----|
| 右上 | 上前 | 左上 |
| 右下 | 下前 | 左下 |



いつからですか？ 今朝から 昨夜から それより前から

フッ素の塗布は希望しますか？ 希望する 希望しない

現在内科的な病気にかかっていますか？ はい(病名：)

いいえ

現在毎日服用している薬はありますか？ はい(薬の名前：)

いいえ

アレルギーはありますか？

はい(麻酔薬/抗生物質/鎮痛薬/金属/ゴム製品/キウイフルーツ)

いいえ

現在感染症にかかっている、もしくは疑いがありますか？

はい(B型肝炎/C型肝炎/HIV/その他)

いいえ

以前に大きなけがや病気をしたことがありますか？

はい()

いいえ

局所麻酔をしたことがありますか？ はい いいえ

その際に御気分がわるくなったことがありますか？ はい いいえ

おやつは毎日食べていますか？ はい いいえ

時間は決めていますか？

はい いいえ

どのくらいの時間ですか？

10分以内 15分以上

30分以内 30分以上

主にどの様なものを食べますか？

クッキー おせんべい チョコレート 飴・グミ・キャンディ

手作りのおやつ 果物

一緒にどの様なものを飲みますか？

水 お茶 スポーツドリンク フルーツジュース 炭酸飲料

乳酸菌飲料 その他()

普段はどの様なものを飲みますか？

水 お茶 スポーツドリンク フルーツジュース 炭酸飲料

乳酸菌飲料 その他()

食事は3食きちんと食べていますか？

はい いいえ

大人と同じものを食べていますか？

はい いいえ

どのくらいの時間で食べ終わりますか？

10分以内 15分以上

30分以内 30分以上

歯科医院に通うのは初めてですか？

はじめて 通った事がある(前回の受診： 年 月ごろ)

その時の様子(泣かなかった/泣いた/暴れて治療できなかつた/その他：)

指しゃぶりなどのクセはありますか？ ある() ない

当院では予約の前日にメールにて予約の確認をお送りするサービスを実施しております。このサービスを希望されない方はチェックをお願いします。

その他治療に関してご希望がございましたらお書き下さい。