

〈問診票〉

記入日 年 月 日

お名前	フリガナ	性別	男・女
		生年月日	平成・令和 年 月 日 (才 ヶ月)
ご住所	〒	学校名	保育園・幼稚園・小学校
		好きなこと	
保護者 電話番号	ご自宅： () 携帯番号：	※治療を嫌がった際の対応のため	

1. どうなさいましたか

- 歯が痛い 歯肉が痛い 歯がしみる 腫れている 詰め物がとれた 歯が動く 健診
 フッ素 乳歯を抜いてほしい 歯並びをなおしたい その他 ()

2. 当院をお知りになった理由はなんですか？ ※複数回答可

- 知人・家族からの紹介（ご紹介者名： _____ 様） 駅看板を見て
 建物を見て かかりつけ ホームページを見て ポータルサイトを見て

3. 今までにかかった病気はありますか？

- 特になし
 心臓病 肝臓病 腎臓病 鼻の病気 血液疾患 ぜんそく 他の感染症
 その他 (_____) ※その病気にかかっていた時期 (_____)

4. どこが痛みますか？

- 右上奥 前上 左上奥
 右下奥 前下 左下奥
 頬 舌 唇 顔 その他 (_____)



5. 痛みはいつからですか？

- 今日始めて () 日前から ずっと前から 時々

▼裏面もお答えください。▼



医療法人
みどり歯科医院

<p>6. 今まで歯科医院にかかったことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある（その時お子さんは、<input type="checkbox"/> 治療できた <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> あばれた）</p>
<p>7. 歯の治療についてお子さんの様子を教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> こわがり（音・振動・白衣・麻酔・その他_____）</p> <p><input type="checkbox"/> 痛がり <input type="checkbox"/> 吐き気がしやすい <input type="checkbox"/> 見た目を気にする <input type="checkbox"/> その他（_____）</p>
<p>8. 生まれたときの状態を教えてください。</p> <p>体重（_____）g <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（_____）</p>
<p>9. かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病院名：_____）</p>
<p>10. 薬を飲んでいますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬の名前・種類：_____）</p>
<p>11. アレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（アレルギー名：_____）</p>
<p>12. 歯磨きはどなたが行っていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 保護者がしている <input type="checkbox"/> 保護者が仕上げ磨きをしている</p>
<p>13. よく飲むものは何ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> その他</p>
<p>14. 矯正に興味はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（お悩み：_____）</p>
<p>16. その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入ください。</p>



ご協力ありがとうございました。



医療法人
みどり歯科医院

(2024年12月作成)