

問 診 票 (子供)

※ここで記入していただいた内容を治療以外目的で使用することはありません。

令和 年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日 (歳 九月)
お名前					
ご住所	〒				電話番号(- -) 携帯電話(- -)
学校名	保育園・幼稚園・小学校・中学校・高等学校				

これからお伺いすることはより良い治療を行うため大切な内容です。

下記の内容に○印をつけて下さい。()内には具体的内容をわかる範囲内でお答えください。

当院を選んだ理由	・紹介(知人・親族; 様) ・近所(自宅・学校) ・ネット(ホームページ・くちコミサイト) ・その他()
どうなさいましたか	・歯が痛い ・歯茎が痛い ・虫歯がある ・詰め物が取れた ・歯が動く ・乳歯を抜いて欲しい ・検診 ・フッ素塗布希望 ・矯正希望 ・その他()
どこが痛みますか?	・右上奥 ・上前歯 ・左上奥 ・唇 ・顔 ・右下奥 ・前歯 ・左下奥 ・頬 ・舌 ・その他()
痛みはいつからありますか?	・今日はじめて ・()日前から ・ずっと前から ・時々
歯科は初めてですか?	・はい ・いいえ(その時治療は 出来た・出来なかった)
今まで大きな病気(入院・手術など)をした事がありますか?	・心臓病 ・肝臓病(型) ・腎臓病 ・血液疾患 ・喘息 ・その他(病名: 罹患時期:)
通院中の病院はありますか?	・いいえ ・は い(病院名: 担当医:)
薬は服用されていますか?	・いいえ ・はい()
アレルギーはありますか?	・いいえ ・はい()
治療について	・悪い所は全部なおしたい ・痛いところだけ
歯磨きは	・仕上げ磨きをしている ・自分でしている
良く飲むものは	・お茶 ・ミルク ・母乳 ・ジュース
矯正治療は希望しますか?	・いいえ ・はい
初診の方には永久歯の欠損や虫歯の確認の為レントゲンを撮りますが、同意していただけますか?	・はい ・いいえ(理由:)

ありがとうございました。なお、ご希望・ご質問は遠慮なくお尋ねください

※原則5歳以上のお子様は一人で入室をお願いします。(母子分離を行う事で治療がスムーズに進むことが多いです。なお治療内容の説明などの際は声を掛けさせていただきます。)

問診票(子供)