問診票

記入日:　　年　　月　　日

お子様のお名前	ふりがな （ 愛称 ： ）	ご記入者のお名前	ふりがな （お子様との関係: ）
		携帯電話	
生年月日	年　月　日生まれ	電話番号	
年齢	歳　か月	緊急連絡先	
通園・通学	□ あり （ ＿＿＿幼稚園・保育園・小学校） □ なし	お子様の性格	□ 神経質　□ のんびりしている □ 人見知りする　□ 恐怖心が強い
ご住所	〒	家族構成をお書きください	氏名 / 続柄 / 年齢

どのように当院をお知りになりましたか？

1. 紹介（お名前:　　）　2. 看板をみて　3. 当医院ホームページを見て
4. 口コミ　5. その他（　　）

本日はどうなさいましたか？:

1. むし歯がある　2. 歯が痛い　3. 歯ぐきがはれている
4. つめたものがとれた　5. 歯並び・かみ合わせの相談
6. 歯の形、はえ方の相談　7. 歯の外傷（ぶつけた・かけた）
8. 検診・予防　9. 紹介（　　）
10. その他（　　）

歯科にかかるのは？　はじめて　・　かかったことがある（＿＿＿か月・年位前）
当院にかかるのは？　はじめて　・　かかったことがある（＿＿＿年位前）
フッ素塗布を受けたことがありますか？:　いいえ　・　はい
歯科治療で麻酔をしたことがありますか？　いいえ　・　はい
歯科治療で歯を抜いたことがありますか？　いいえ　・　はい
血がとまりにくいですか？　いいえ　・　はい
アレルギーはありますか？　いいえ　・　はい
「はい」の方は　アトピー　・　湿疹　・　薬剤（　　）
食物（　　）
その他（　　）
全身的な病気・障害がありますか？　いいえ　・　はい
「はい」の方は　病名（　　）
通院医療機関　（　　・　　科）担当医（　　）先生
薬を常用していますか？　いいえ　・　はい　（種類;　　）

歯科治療および通院に際しての希望や特別な事情などがありましたらお書きください。

◎当医院では全治療終了後は定期的な診査（口腔管理）を行っております　　おひさま歯科