



フリガナ 男の子 生年月日
患者氏名 ちゃん 女の子 平成 年 月 日 才 ヶ月

郵便番号

ご住所

電話番号 幼稚園・保育園

携帯電話等 学校等のお名前

メールアドレス

問診表は患者さんによりよい治療を受けていただくための大切な参考シートです。
プライバシーは厳守いたしますので正確にご記入下さい。

1. 当院は初めて来院されましたか はい・いいえ
2. 当クリニックをどのようにお知りになりましたか
 - ・インターネット（サイト名： ） ・ホームページ ・看板 ・院前を通過して ・口コミ
 - ・情報誌や広告（ ） ・ご紹介（ 様） ・その他（ ）
3. 今日はどうなさいましたか
 - ・虫歯が気になる ・歯肉がはれている ・歯がグラグラする ・歯並びが気になる ・痛みがある ・検診を希望
4. 現在の健康状態はいかがですか 良好・普通・不良
5. 何か大きな病気（心臓疾患、ぜんそく等）にかかったことはありますか
 - ・はい（病名 ） ・いいえ
6. 現在ほかのお医者さんにかかっていますか
 - ・はい（ 科・病名 ） ・いいえ
7. 麻酔注射して異常がでたことはありますか はい・いいえ・わからない
8. お子様はかつてペニシリンその他の抗生物質の治療を受けたことはありますか
 - ・はい ・いいえ ・わからない
9. 以前に歯の治療をうけたことがありますか はい（ 才頃） ・いいえ ・わからない
「はい」とお答えいただいた方へ ・虫歯の予防処置をしたことがありますか ・はい ・いいえ
10. 次にあげるお子様の性格のうち該当する項目がありましたら○印で囲んで下さい
 - ・のんびりしている ・神経質 ・人なつこい ・人見知りする ・恐がり
11. お子様に「習癖」（クセになってしまった動作）はありますか はい・ない
12. 一日何回歯を磨きますか 0回・1回・2回・3回・4回以上
13. おやつはどんなものを与えますか？何回くらいですか？ 1日 回程度
 - ・アメ ・ビスケット ・せんべい ・チョコレート ・ガム ・その他（ ）
 - ・ジュース類 天然果汁 コーラ サイダー カルピス 牛乳 ポカリスエット等
14. 予約日前日に予約確認のお電話をさせて頂いてもよろしいですか？ はい・いいえ
自動音声となっておりますので最後までお聞きになる必要はございません。
歯科医院からの確認電話だとわかったら切っただいてかまいません。

ご意見・ご希望がありましたら自由にお書きください

ご記入ありがとうございました。お子様のより良い診療に活用させていただきます。