



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

携帯電話または自宅 (携帯電話をお持ちでない方のみ)

幼稚園・保育園

学校等のお名前

※携帯電話をご登録いただければ前日にSMS (ショートメール) にて予約確認のメッセージが届きます。携帯電話をお持ちでない方はご自宅に自動音声による確認電話が入ります。あらかじめご了承ください。

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. 今日はどうなさいましたか
 - ・虫歯が気になる ・歯肉がはれてる ・歯がグラグラする ・歯並びが気になる ・検診を希望
 - ・痛みがある ・その他 ()
 - ※痛みがある場合 ①どこを痛がりますか? ()
 - ②痛みはいつごろからですか? ()
2. 当クリニックをお選びいただいた理由をお聞かせください
 - ・ご紹介 (様) ・家族が通っているから ・家の近くだから ・職場の近くだから
 - ・ホームページを見て (検索エンジン: Yahoo / Google / その他) ・託児サービスがあるから
 - ・駅看板を見て ・情報誌 ・口コミ ・その他 ()
3. 現在の健康状態はいかがですか 良好・普通・不良
4. 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
5. 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
6. 麻酔注射して異常が出たことはありますか はい・いいえ・わからない
7. 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
8. 以前に歯の治療を受けたことはありますか はい (才頃) ・いいえ・わからない
9. 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 ・怖がり
10. お子様に「習慣」(クセになってしまった動作) がありますか ある・ない
11. 一日何回歯を磨きますか 0回・1回・2回・3回・4回以上
12. 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

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。