

問 診 票

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年 月 日	平成(年 月 日)
お名前					歳 ヶ月
ご住所		園・学校名			
お電話番号	ご自宅	-	-	好きなこと	
	携帯番号	-	-		

※治療を嫌がった時の対応の為

これからお伺いすることはより高い治療をおこなう為の大切な内容です。お手数ですが、わかる範囲でお答えください。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> フッ素 <input type="checkbox"/> 乳歯を抜いてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> その他()
どこが痛みますか	<input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 右下奥 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下奥 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
今まで歯科医院にかかったことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(その時お子さんは 1、治療できた 2、泣いた 3、あばれた 4、1人で座れない)
歯の治療についてお子さんは	<input type="checkbox"/> こわがり(音・振動・白衣・麻酔・他) <input type="checkbox"/> 痛みがり <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()
治療について	<input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 痛いところだけなおしてほしい
お子さんが治療を嫌がってあばれた時は	<input type="checkbox"/> 治療途中でやめてほしい <input type="checkbox"/> 押さえてでも治療を続けてほしい <input type="checkbox"/> 先生におまかせします
今まで大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 鼻の病気 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 他の感染症 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特になし ※その病気にかかっていた時期()
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名)
生まれた時の状態は	体重()g 1、異常なし 2、あり()
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類)
薬や注射でのアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
歯磨きは	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 保護者がしている <input type="checkbox"/> 仕上げを保護者がしている
よく飲むものは	<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()
矯正に興味はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
当院をお選びいただいた理由をお聞かせ下さい	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介のお名前 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 医院を直接見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良そうだから <input type="checkbox"/> その他()

ありがとうございました。なお、ご希望・ご質問なんでもご遠慮なくお尋ねください。