



問 診 票



以下の質問にお答えください。

該当する所を○でかこみ、必要事項は正確にご記入ください。

平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		
氏 名		男	平成	年	月 日生
		女		歳	か月
普段お子さんをどうお呼びになられていますか . . .					
住 所	〒 市 ・ 郡				
電 話	自宅 ()				
家族構成	祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹				
保護者に ついて	父 ____才 (会社員・公務員・自営業・他)				
	母 ____才 (会社員・公務員・自営業・パートタイマー・				
	他 ()				



いかがなさいましたか

1. むし歯の治療をしたい
2. かぶせもの・つめものがとれた
3. 歯の検査をしてほしい
4. 歯並びを治したい
5. その他 ()



どこが痛みますか _____



いつからですか 今日 はじめて ・ ____日前から ・ ずっと前から ・ 時々



今は . . . 痛くない ・ 少し痛い ・ ひどく痛い



薬で副作用はありますか ない・ある 発疹ができる・かゆくなる・その他 ()



特異体質やアレルギーはありますか ない ・ ある ()



大きな病気や手術をしたことがありますか ない ・ ある ()

現在、他の病院へ通院されていますか いいえ・はい 病院名 _____ (_____ 科)

お薬は服用されていますか いいえ ・ はい (_____)

血が止まりにくいことがありますか いいえ ・ はい

歯科を受診するのは初めてですか はい

いいえ _____ 才のとき (麻酔を使った治療をしましたか はい ・ いいえ)

癖について 指を吸う () 唇を吸う () ほぼづえ () 舌を動かす ()

舌で歯を動かす () 歯ぎしり () 口で息をする () 爪を噛む () その他 (_____)

妊娠何ヶ月で生まれましたか 妊娠 _____ ヵ月、 出生時体重 _____ g

哺乳の状態 母乳 ・ 人工乳 ・ 混合乳 _____

お子さんの性格 のんびりしている ・ 人見知りする ・ 恐怖心が強い

おやつについて 1日 _____ 回 _____ 時頃と _____ 時頃



好んで食べるおやつは何ですか _____

歯みがきはいつしていますか 朝食前・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前・おやつのあと

歯みがきのお手伝いはどなたがされますか _____

診療についてのご希望はありますか

(_____)

むし歯の予防に興味はありますか ある ・ ない

当院をどこでお知りになりましたか

① 知人、家族の紹介 ご紹介者名 _____ (続柄 _____)

② インターネット

③ その他 (_____)

特に通院を希望する曜日、時間がありましたら、ご記入下さい

_____ 曜日 _____ 時頃

ありがとうございました

けんと歯科

