

問診票 [お子様用]

※小児（0歳）～小学生まで

年 月 日

下記の項目について、できるだけ正確にご記入ください。 ※ご記入いただいた個人情報は、厳重に管理させていただきます。

フリガナ お名前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生まれ（ 歳）
ご住所	〒		
電話番号	— —	携帯電話番号	— —
職業		ご紹介者の方のお名前	

症状がある部位は？	<input type="checkbox"/> 乳歯 <input type="checkbox"/> その他の歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 顎（あご） <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 頬（ほほ） <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> その他（具体的に：)
いま、どのような症状ですか？	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫（は）れている <input type="checkbox"/> 取れた <input type="checkbox"/> 欠けた <input type="checkbox"/> その他（具体的に：)
その症状がある場所は？	<input type="checkbox"/> 上の左側 <input type="checkbox"/> 上の中央 <input type="checkbox"/> 上の右側 <input type="checkbox"/> 下の左側 <input type="checkbox"/> 下の中央 <input type="checkbox"/> 下の右側
いつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> （ ）日前 <input type="checkbox"/> （ ）ヶ月前
今までに、かかった病気は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名：)
現在、内服している薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（薬名：)
薬や食べ物のアレルギーは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に：)
以前に歯科医院にかかったことは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> 年前 / <input type="checkbox"/> ヶ月前）
過去の歯科治療で体調に変化は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に：)
間食はしていますか？	<input type="checkbox"/> 1日（ ）回くらい（好きなお菓子：)
よく飲むものは？	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> ミルク（ <input type="checkbox"/> 母乳 / <input type="checkbox"/> 牛乳） <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他（具体的に：)
気になる癖（くせ）はありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> 唇をかむ <input type="checkbox"/> その他（具体的に：)
歯磨きの習慣は？	<input type="checkbox"/> 1日（ ）回磨く（ <input type="checkbox"/> 朝 / <input type="checkbox"/> 昼 / <input type="checkbox"/> 夜）
ハミガキ粉は？	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
仕上げ磨きは？	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
フッ素は？	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
治療への希望は？	<input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 悪いところを、全部治したい <input type="checkbox"/> 相談したうえで治したい <input type="checkbox"/> 治療後も予防・検診を受けたい
当院をお知りになったのは？	<input type="checkbox"/> ホームページを見て：（ <input type="checkbox"/> パソコン / <input type="checkbox"/> スマートフォン / <input type="checkbox"/> 携帯） <input type="checkbox"/> ご紹介で <input type="checkbox"/> 看板を見て（ <input type="checkbox"/> 医院前の看板 / <input type="checkbox"/> 駅構内の看板） <input type="checkbox"/> パンフレットを見て <input type="checkbox"/> 以前に受診したことがある <input type="checkbox"/> その他（具体的に：)