

No. _____

問診票(0~15歳用)

記入日 20 年 月 日

ふりがな		男	生年月日	平成 令和	年 月 日 (歳 カ月)
お名前		女			
住所	〒	緊急時連絡先 (ご家族など)			
自宅 tel		メールアドレス*			
携帯 tel		LINE ID*			

※予約の2.3日前に予約日時の確認メールをお送りいたします

以下の質問は、安心・適切な治療を行うための大切な参考資料となります。正確にご記入ください。

本日はどうなさいましたか？ 左上 上前 右上 ----- 左下 下前 右下	<input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング希望 <input type="checkbox"/> 色や表面の凸凹が気になる歯がある <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> フッ素塗布してほしい <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯を抜いてほしい <input type="checkbox"/> 歯ぎしりが気になる <input type="checkbox"/> セカンドオピニオンを受けたい	<input type="checkbox"/> 歯みがきトレーニング <input type="checkbox"/> 歯ぐきの痛み・出血 <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 口や歯を強打した
不調はいつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> ____日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から(前から)		
現在治療中の病気、または服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	病名: _____ 薬剤名: _____ <small>※お薬手帳をお持ちでしたら受付にご提示ください</small>	
薬や金属などのアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()		
右記の病気にかかったことはありますか？(治療中含む)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 心臓疾患() <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 胃腸・腎臓疾患() <input type="checkbox"/> 肝炎(A B C 他) <input type="checkbox"/> 血液疾患() <input type="checkbox"/> その他()	
歯科医院は初めてですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(年 月以来)		
(「いいえ」の方) 今までに歯科治療で困ったことはありましたか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 大きく腫れた <input type="checkbox"/> 強い吐き気を感じた <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> パニック発作が起きた <input type="checkbox"/> アレルギー反応が出た <input type="checkbox"/> その他()	
ご都合の良い曜日・時間帯はいつですか？	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 午前中(9時~12時半) <input type="checkbox"/> 午後(14時~18時) <input type="checkbox"/> _____時頃		
当院を知ったきっかけは何ですか？	<input type="checkbox"/> ご紹介(ご紹介者名: _____) <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ネット検索(検索ワード: _____) <input type="checkbox"/> その他()		

裏面につづきます

右のお菓子のうち、よく食べるお菓子はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ソフトキャンディ	<input type="checkbox"/> あめ	<input type="checkbox"/> グミ	
		<input type="checkbox"/> チョコレート			
どのような飲みものをよく飲んで いますか？	<input type="checkbox"/> お茶	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 牛乳	<input type="checkbox"/> 炭酸ジュース	
	<input type="checkbox"/> ジュース	<input type="checkbox"/> スポーツ飲料	<input type="checkbox"/> その他()		
右のような癖はありますか？以 前ありましたか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり	<input type="checkbox"/> おしゃぶり	<input type="checkbox"/> 唇をかむ	<input type="checkbox"/> 舌をかむ
		<input type="checkbox"/> 爪をかむ	<input type="checkbox"/> 歯ぎしり	<input type="checkbox"/> 口を開けている	<input type="checkbox"/> 頬杖
治療にあたって伝えておきたい こと、ご不安、疑問等がありまし たらお書きください。					

本問診票でご記入いただいた情報は厳正な管理のもと、当院での治療目的にのみ使用します。

ご記入ありがとうございました。