



# 問診表



ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 愛称 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年

月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 自宅 TEL \_\_\_\_\_

紹介者 \_\_\_\_\_ 保護者の携帯 TEL \_\_\_\_\_

ご家族で御来院いただいている方がいらしたらご記入ください



## 子供さんのご様子についてうかがいます

1 本日来院された理由は何ですか

2 下記のなかであてはまるものがあれば、○をつけてください

- ( ) 歯が痛い ( ) 歯に穴が開いている ( ) 歯肉が腫れている
- ( ) 歯科医院での治療は始めて ( ) 麻酔はしたことがない ( ) 薬のアレルギーがある
- ( ) 持病がある ( ) 服用中の薬がある ( ) 鼻炎がある ( ) 指しゃぶりをしている

【病名 \_\_\_\_\_】 【薬の名前 \_\_\_\_\_】



## 保護者様のご希望についてうかがいます

下記のなかであてはまるものがあれば、○をつけてください (いくつでも可)

- ( ) 虫歯予防に関心がある ( ) 虫歯予防について詳しい情報を知りたい
- ( ) フッ素について詳しく知りたい ( ) 唾液検査について詳しく知りたい
- ( ) 定期的にフッ素塗布をして欲しい ( ) 食事やおやつとの与え方について知りたい
- ( ) 歯ブラシやフロスの使い方を知りたい
- ( ) 気になるところのみの治療が希望 ( ) 歯列矯正の相談をしたい

処置に関してご希望があればご記入ください

