

問診票(小児用) 令和 年 月 日

ふりがな お名前: (男 女)	ご住所:(〒 -)
生年月日: 年 月 日(歳)	
血液型: Rh+/- ()型	お電話番号[自宅]
メールアドレス:	[携帯]
予約日時のお知らせ (ご希望に○をつけて下さい) : LINE・SMS・メール・不要 ご希望の連絡日とお時間: 予約日の ____ 日前, ____ 時ごろ	

以下の質問にお答え下さい (①②⑥⑩は複数回答可)



①来院の理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 歯科検診 <input type="checkbox"/> 予防処置 (フッ素塗布、シーラント、歯磨き指導など) <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛い [しみる(冷たいもの・熱いもの)、かむと痛い、うずく] <input type="checkbox"/> 歯並び、矯正相談 <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い、腫れている <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> つめもの、かぶせものがとれた <input type="checkbox"/> 歯や口のけが(歯をぶつけた、歯が欠けた) <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> その他(具体的に _____)
②現在までかかった病気について? <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎(A型 B型 C型) <input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> アレルギー (内容 _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
③かかりつけの病院はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(_____ 科) 担当医名(_____)
④現在、薬を飲んでますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬品名 _____)
⑤歯科治療を受けたことはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
⑥その時の感想は? <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 楽しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他(_____)
⑦歯の治療で具合が悪くなったことはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (麻酔薬・止血・緊張・嘔吐反射・その他具体的に _____)
⑧予約の希望があれば: 来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 ____ 時ごろ <input type="checkbox"/> 午後 ____ 時ごろ 来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
⑨ 当院をお知りになった理由は? <input type="checkbox"/> ご紹介 [ご家族・知人・医療機関 (_____ 様より)] <input type="checkbox"/> 家、職場が近いから <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他(_____)
⑩習癖はありますか? <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 唇を巻き込む <input type="checkbox"/> 口呼吸をする、よく口を開けている <input type="checkbox"/> うつぶせ寝をする <input type="checkbox"/> 寝ながらミルクやイオン水やジュースなどを飲む <input type="checkbox"/> その他(_____)
⑪歯科治療に関する希望を教えてください。 当院ではお子様の処置の必要な歯の治療と予防を全て行って行きますが、よろしいでしょうか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 応急処置のみ希望 <input type="checkbox"/> 診査後 悪いところを相談してきめたい <input type="checkbox"/> ____ 月 ____ 日までに終えたい
⑫お子様の愛称は?
⑬お子様の興味のあるキャラクターや物などありますか?
⑭その他気になること 心配なこと ご要望があればご記入ください