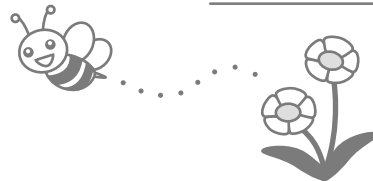


No. _____

問診票

記入日 _____ 月 _____ 日



お名前 <small>ふりがな</small>	性別	生年月日
	男 ・ 女	平成 年 月 日 (歳)
お子様の愛称	ご住所	
保護者氏名	続柄	
紹介者氏名	電話番号 (ご自宅)	緊急連絡先 (携帯など)
	()	()

該当する項目に○印、またはご記入ください。

- | | |
|--|--|
| 1. 今日はどうなさいましたか？ | むし歯・歯並び相談・けが・舌や歯肉の異常
検診希望・フッ素塗布希望・その他 |
| 2. お痛みはありますか？ | いいえ・はい (いつから) |
| 3. 歯科治療の経験はありますか？ | いいえ・はい |
| 4. 歯科治療で麻酔の経験はありますか？ | いいえ・はい |
| 5. 今までに抜歯やけがなどで、
血が止まりにくかったことはありますか？ | いいえ・はい |
| 6. 食べもののアレルギーはありますか？ | いいえ・はい () |
| 7. お薬のアレルギーはありますか？ | いいえ・はい () |
| 8. アレルギー性のご病気はありますか？ | いいえ・はい (ぜんそく・鼻炎・アトピー性皮膚炎
その他) |
| 9. 妊娠中・出生時に異常はありましたか？ | いいえ・はい () |
| 10. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？ | いいえ・はい () |
| 11. 入院の経験はありますか？ | いいえ・はい (いつ 理由) |
| 12. 現在服用中のお薬はありますか？ | いいえ・はい () |
| 13. くせはありますか？ | いいえ・はい (指しゃぶり・爪かみ・その他) |
| 14. お子さんの性格で伝えておきたいことはありますか？ | ふつう・積極的 ・ 慎重 ・ 人見知りをする
恐怖心が強い ・ その他 |
| 15. 次のうち該当するものがあれば○をつけてください。 | 自閉症・多動症(ADHD)・アスペルガー・その他 |
| 16. 日中、お子さんの面倒をみているかたはどなたですか？ | 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 |
| 17. 診察・治療・予防についてのご要望、現在お困りのことなど、ご自由にお書き下さい | |

治療に関するアンケート(0～3歳)

夜間、母乳やミルクを与えることはありますか？ はい いいえ

間食の回数(1日) 1回 2回 3回以上(____回) 数えられない だらだら食べてしまう

よく食べる食べ物・飲み物 (複数回答可)

あめ ガム グミ ソフトキャンディ クッキー おせんべい スナック菓子 果物
牛乳 清涼飲料水 スポーツドリンク 野菜ジュース ジュース(果汁) その他(____
____)

離乳食 あり → 1日の回数 → 1回 2回 3回 ____回
なし

歯磨きの習慣についてお伺いします。

どのくらいの頻度で行っていますか？ (1日 ____回 ・ 行わない)

1回の歯磨き時間はどのくらいですか？ (1回あたり ____分)

ご使用の清掃道具にチェックしてください(複数回答可)

歯ブラシ 電動歯ブラシ デンタルフロス(糸ようじ) 歯磨剤(フッ素入り ・ フッ素なし)
ガーゼ ストッパー付き歯ブラシ(乳児用) その他(____)

同居家族の構成についてお聞かせください。

祖父 祖母 父 母 兄弟〈年齢〉____
____))

■ 当医院をお選びいただいた理由は何でしょうか？(複数回答可)

家族が通院中(父、母、祖父、祖母、兄弟) 知人の紹介 ホームページ、ブログ
子預かりがあるから 新聞、チラシ 家または職場から近い 看板をみて その他(____
____)

当医院への来院手段をお聞かせください。

(車利用 たまに車を利用 徒歩 自転車 その他 _____)

どちらかに通園されていますか。

幼稚園 保育園 その他

今、お子様の歯並び、噛み合わせについて気になるところはありますか。

予約のお知らせをメールで送信します。ご希望の方は、アドレスの記入をお願いします。

携帯メールアドレス _____

(_____)

ご協力ありがとうございました。受付にお持ちくださいませ。この後カウンセリングがございますので、よろしく申し上げます。