

より良い治療のための 診療申込日

問 診 票

令和 年 月 日

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。わからないことがありましたらお気軽に受付へお聞きください。

フリガナ	生年月日	平・令	年	月	日
お名前	(男・女)	年齢	歳	カ	月
住所		電話	()	-	
メール	@	保護者 携帯番号	()	-	
予約日時・緊急連絡等お知らせいたしますのでご記入ください					

1 今回は、どうなさいましたか (詳しい経過は直接お伺いします)	1. 虫歯 2. 何もしてなくても痛い 3. かむと痛い 4. しみる 5. 腫れている 6. ぶつめた 7. とれた 8. かけた 9. 検診・フッ素希望 10. 学校検診で受診するように指示あり 11. 乳歯を抜いてほしい 12. 他【 () 】
2 かけたことのある病気は	1. 心臓病 2. 肝臓病 3. 腎臓病 4. 鼻の病気 5. 血液疾患 6. 喘息 7. 他の感染症 8. 他【 () 】 9. 特になし ※その病気にかかっていた時期【 () 】
3 今、通っている病院は	1. ない 2. ある【病院名 () 先生】
4 今、使っているお薬は	1. ない 2. ある (お薬手帳 ある・ない) 薬の名前【 () 】
5 お薬のアレルギー(じんましん・ アトピーなど)などは	1. ない 2. ある⇒飲み薬【 () 】ヨード・生ゴム・他【 () 】
6 今までに歯科医院にかかったことは	1. ない 2. ある ()歳()カ月ごろ【 () 】
7 その時お子さんは	1. ちゃんと治療できた 2. 泣いた 3. あばれた 4. 断られた
8 歯の治療で麻酔をしたことは	1. ない 2. ある⇒その時は問題は a. なし b. ある【 () 】
9 歯の治療について、お子さんは	1. こわがり(音・振動・麻酔・他【 ()]) 2. 痛がり 3. 吐き気がしやすい 4. 見た目を気にする 5. 他【 () 】
10 お子さんが治療を嫌がって 暴れたときは	1. 治療が途中でやめてほしい 2. 押さえても治療を続けてほしい 3. 先生にお任せします
11 歯科医院で考慮してもらいたいことは	1. ない 2. ある【 () 】
12 産まれたときの状況は	体重【 () 】g 1. 異常なし 2. あり【 () 】
13 以前、当医院にかかったことは	1. ない 2. ある【いつ頃: () 】
14 当医院を選んだ理由は	1. 紹介された【名前 () 】 2. 看板 3. 評判 4. 家が近い 5. インターネット 6. 他【 () 】
15 歯磨きは	1. 自分でしている 2. 保護者がしている 3. 仕上げだけしている

ありがとうございました。
その他ご自由にお書きください