

より良い治療のための		診療申込日		来院方法	
<b>問 診 票</b>		令和 年 月 日		・車以外・車（普通車・軽・雨の日は車）	
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 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. ぶつけた 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【 <span style="float: right;">】</span>			
2 かかっ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【 <span style="float: right;">】</span> 9. 特になし ※その病気にかかっていた時期【 <span style="float: right;">】</span>			
3 今、通っている病院は		1. ない 2. ある【病院名 <span style="float: right;">_____先生】</span>			
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【 <span style="float: right;">_____】</span>			
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【 <span style="float: right;">_____】</span> ヨード・生ゴム・他【 <span style="float: right;">_____】</span>			
6 今までに歯科医院にかかったことは		1. ない 2. ある <span style="float: right;">_____歳_____カ月ごろ【 <span style="float: right;">_____】</span></span>			
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【 <span style="float: right;">_____】</span>			
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【 <span style="float: right;">_____】</span> ) 2. 痛がり 3. 吐き気がしやすい 4. 見た目を気にする 5. 他【 <span style="float: right;">_____】</span>			
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ことは		1. ない 2. ある【 <span style="float: right;">_____】</span>			
12 産まれたときの状況は		体重【 <span style="float: right;">_____】g 1. 異常なし 2. あり【 <span style="float: right;">_____】</span></span>			
13 以前、当医院にかかったことは		1. ない 2. ある【いつ頃： <span style="float: right;">_____】</span>			
14 当医院を選んだ理由は		1. 紹介された【名前 <span style="float: right;">_____】</span> 2. 看板 3. 評判 4. 家が近い 5. インターネット 6. 他【 <span style="float: right;">_____】</span>			
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					