

# 問診票

受付日 年 月 日

フリガナ お子様のお名前		男・女	生年月日	年	月	日生
ニックネーム			(	歳		ヶ月)
〒 ご住所		TEL	自宅	(	)	
			携帯	(	)	
身長	cm	体重	kg	保護者氏名	続柄 ( )	

## 下記の項目にご記入をお願いします

- ① どうなさいましたか？
- 歯が痛い・虫歯がある  
・どこが(上前・下前・右上・右下・左上・左下)  
・いつから( )
- フッ素希望                      虫歯のチェック
- その他( )
- ② 今までに歯科治療を受けられたことはありますか？    はい                      いいえ
- ③ その時どのような治療をしましたか？  
( )
- ④ 歯科で麻酔をしたことはありますか？                      はい                      いいえ
- ⑤ その際、気分が悪くなったことはありますか              はい                      いいえ
- ⑥ 泣かずにできましたか？    はい                      いいえ
- ⑦ 現在、病院に通っていますか？                                      はい                      いいえ
- ⑧ かかりつけの病院・小児科はありますか？                      はい  
いいえ(病院名 )
- ⑨ そちらで注意や指導を受けていますか？                      いいえ  
はい ( )

裏面もお願いします

- ⑩アレルギー体質・以上体質はありますか？ はい いいえ
- 食べ物（ ） 薬（ ） ラテックス 金属 花粉
- 喘息 その他（ ）
- ⑪仕上げ磨きをしていますか？ はい いいえ
- ⑫おやつは主にどのようなものをあげていますか？
- チョコレート アイスクリーム 和菓子 ヨーグルト クッキー ガム
- あめ キャラメル グミ せんべい プリン ポテトチップス 果物
- その他（ ）
- ⑬よく飲む飲み物はなんですか？
- お茶 牛乳 乳酸菌飲料 スポーツドリンク ジュース
- 炭酸飲料 その他（ ）
- ⑭フッ素をご存知ですか？ はい いいえ
- ⑮フッ素塗布を希望されますか？ はい いいえ
- ⑯保育園・幼稚園でフッ素洗口をしていますか？ はい いいえ
- ⑰当院をどのようにお知りになりましたか？
- 紹介（ ）様） インターネット 看板 広告 近所
- 近所 通りすがり その他（ ）

◆その他、ご意見などございましたらご自由にお書きください。



( )

ご記入ありがとうございました。

酒井たかよし歯科医院