

お子様の問診票

平成 年 月 日 NO.

ふりがな	
お名前:	
ニックネーム:	生年月日: 年 月 日(才)
保護者氏名:	
ご住所: 〒	
電話番号:	携帯番号:
学校(幼稚園・保育園)名	

お手数ですが該当する箇所に☑チェックを付けてお答え下さい。(①③⑨は複数回答可)

①どのような事が気になりますか？					
<input type="checkbox"/> 痛いところ(虫歯)がある	<input type="checkbox"/> 検査をして欲しい				
<input type="checkbox"/> 歯並びや咬み合わせが気になる					
<input type="checkbox"/> つめもの・かぶせがとれた	<input type="checkbox"/> 歯(乳歯)がグラグラしている				
<input type="checkbox"/> 歯の清掃(予防処置)をしたい					
<input type="checkbox"/> 治療に関する相談(具体的に:)					
②最後に歯科医院に受診されたのは、いつ頃ですか？					
<input type="checkbox"/> はじめて	<input type="checkbox"/> 以前にある(前)				
③お子様の性格をお教え下さい。					
<input type="checkbox"/> 活発	<input type="checkbox"/> 積極的	<input type="checkbox"/> 社交的	<input type="checkbox"/> 人見知り	<input type="checkbox"/> 怖がり	<input type="checkbox"/> おとなしい
④現在の健康状態はいかがですか？		<input type="checkbox"/> 良好・普通	<input type="checkbox"/> 不良		
⑤今までにかかったご病気はありますか？ (具体的に)					
⑥現在、飲まれているお薬はありますか？					
<input type="checkbox"/> はい(薬品名:)	<input type="checkbox"/> いいえ				
⑦現在、他の科に通院されていらっしゃいますか？					
<input type="checkbox"/> はい(病院名:)	<input type="checkbox"/> いいえ				
⑧アレルギーはありますか？					
<input type="checkbox"/> はい(具体的に)	<input type="checkbox"/> いいえ				
⑨歯科診療に関するご希望をお聞かせ下さい。					
<input type="checkbox"/> 応急処置のみ希望	<input type="checkbox"/> 今回の問題の歯のみの治療を希望				
<input type="checkbox"/> 診査したうえで悪いところがあれば検討したい					
<input type="checkbox"/> 最善の治療を希望(治療内容・治療費の見積もり・期間などは事前に説明し、相談します)					
<input type="checkbox"/> 定期的な健診・クリーニングを希望					
<input type="checkbox"/> その他()					
⑩その他気になることや心配されていること、ご要望などがありましたらお知らせ下さい。 (治療以外に関する事でも構いません)					