

おこさま問診票

(小学生以下)

ご記入日 年 月 日

フリガナ			男女	平成	年	月	日生
お名前	愛称			(歳	ヶ月)	
ご住所	〒	自宅電話					
		携帯電話					
保護者氏名			Email	@			
学校名			ごきょうだい	()人きょうだいの()番目・ひとりっ子			
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> Email	午前/午後		時頃

お手数ですが該当する箇所に チェックをつけてお答え下さい。

当院を知ったきっかけ

医院を直接見て(看板など)

知人・家族の紹介 () 様)

インターネット・ホームページ

チラシなど

その他()

次の病気にかかったことはありますか?

心臓病 肝臓病 腎臓病 肺炎 結核

インフルエンザ 扁桃腺 はしか ぜんそく

黄疸 アトピー性皮膚炎

その他(病名:)

ない

どうなさいましたか?(複数回答可)

歯が痛い 歯に穴があいた 歯の打撲

口の中をケガした 悪いところがないか調べてほしい

悪いところすべてを治療してほしい 歯並びの相談

フッ素を塗ってほしい 学校検診の結果

その他(具体的にご記入下さい)

現在、他のお医者さんにかかっていますか?

はい(病名:) 科名:)

いいえ

いつからですか?

今日 ()日前から その他()

1日に何回、歯を磨きますか?

()回 朝 昼 夜

以前、歯医者さんで治療を受けたことがありますか?

ある() 才頃) ない

クセはありますか?

指しゃぶり 爪かみ 歯ぎしり 口で呼吸

その時の治療の様子はいかがでしたか?

上手にできた 嫌がった 泣いた 暴れた

分からない その他()

ご家族に歯並びの良くない人がいますか?

いる(関係:) 歯並びの状態:)

いない

歯を抜いたことはありますか?

ある() 才頃) ない

歯科治療に対しお子様の様子は?

上手に受けられると思う 怖がっている・嫌がっている

泣くと思う とても抵抗すると思う 分からない

その他()

アレルギーはありますか?

ある (食べ物)

(お薬)

ない

泣いたりぐずったりして治療が困難な場合

治療をやめてほしい 様子を見ながら進めてほしい

押さえつけてでも(保護者・スタッフ)続けてほしい

その他()

ケガをした時、血が止まりにくかったことがありますか?

ある ない

予防サークル「らいおん・すまいる」への加入について

加入する 加入しない 話を聞いてみたい

※予防サークル「らいおん・すまいる」は、虫歯ゼロを目指してそれぞれのリスクを考えながら楽しく予防しています。
治療後の定期検診・予防処置などを行い、入会費・年会費等は必要ありません。

診察に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入下さい。

ご署名