

No.



問診票

小児用



記入日

年 月 日

名前 (男・女) 自宅での呼び名 年 月 日生 (才)

住所 電話番号()

幼稚園・小学校名()

同居している家族(○をしてください) 祖父・祖母・父・母・兄・姉・弟・妹

好きなキャラクター・おもちゃ・番組()

当院にお知りになったきっかけは？(○をしてください)

ホームページ・看板を見て 近所だから 内覧会 知人の紹介(紹介者)

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 痛いところがある <input type="checkbox"/> 健診で受診を勧められた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる(具体的に) <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> その他()
今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 過呼吸症候群 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> アデノイド(扁桃腺肥大) <input type="checkbox"/> 肝炎(B型・C型) <input type="checkbox"/> エイズ <input type="checkbox"/> その他()
現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名() 医院名()
食べ物や薬にアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に)
今までに歯科を受診したことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 上手に治療できた <input type="checkbox"/> うまくできなかった(具体的に)
もしお子様が泣いてしまった場合はどうしたいですか？	<input type="checkbox"/> 中断してほしい <input type="checkbox"/> 押さえつけてでも続けてほしい <input type="checkbox"/> 慣れるまで通う回数が増えても仕方がない <input type="checkbox"/> 子供が納得した上でやってほしい
仕上げ磨きをしていますか？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している
間食について	1日 回 いつ食べますか？() 何を食えることが多いですか？()
よく飲んでいる飲み物は何ですか？	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> スポーツ飲料 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 育児用ミルク



まつやま歯科クリニック

matsuyama dental clinic