



つばきの郷歯科クリニック 問診票 (小児用)

No.

ご記入日 西暦 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	西暦	年	月	日 (歳)
お名前							
ご住所	〒		自宅電話				
			携帯電話				
保護者氏名			E-mail			@	
勤務先 (学校)		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"/> E-mail	<input type="checkbox"/> 勤務先	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 ()

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 歯をぶつけた
- 口の中をケガした 悪いとこ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 (具体的にご記入ください)

いつからですか?

- 今日 () 日前から その他 ()

以前に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

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
- わからない その他 ()

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 わからない
- その他 ()

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 ()

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 コロナ 扁桃腺炎 はしか ぜんそく
- 黄疸 アトピー性皮膚炎
- その他 ()
- ない

現在、他のお医者さんにかかっていますか?

- はい (病名:) 病院名:) 科名:)
- いいえ

アレルギーはありますか?

- ある (食べ物))
- (お薬))
- ない

ケガをした時、血が止まりにくかったことはありますか?

- ある ない

歯を抜いたことはありますか?

- ある () 才頃) ない

1日に何回、歯を磨きますか?

- () 回 朝 昼 夜

クセはありますか?

- 指しゃぶり 爪かみ 歯ぎしり 口呼吸 唇を巻き込む

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

診察に対して希望がありましたら遠慮なくご記入ください。

ご署名

ありがとうございました。