

問診票 (小児) 0~17歳

ご記入日：西暦 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前	(男・女)	西暦	年
お家での呼び名		月	日 (歳)
ご住所	〒 (-)	↓繋がりのやすいご連絡先に✓してください	
学校名		<input type="checkbox"/> 自宅TEL ()	
		<input type="checkbox"/> 携帯TEL ()	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
メールアドレス	※予約確認メールの登録をお願いしております。確認の取りやすいアドレスを記載してください。		

1. 今気になる事はなんですか？ (複数回答可)

- ① 『予防に関して』 予防歯科に興味がある クリーニングをしたい
 歯並びが気になる

- ② 『治療に関して』 歯が痛い (冷たい・熱い) ものがしみる

(上記②で✓の部位に関して)

どこが： _____ どんなふう： _____)

- 歯がかけた (つめ物・被せ物) が取れた 歯が揺れている
 歯茎が (出血する・腫れている・痛みがある)

(上記②で✓の部位に関して どこが： _____)

- 歯を抜きたい

- ③ 『その他』 学校健診
 その他 ()

2. 過去に大きな病気をされた、もしくは今治療中の病気はありますか？

- ない 心臓の病気 腎臓の病気 糖尿病 血液の病気
 甲状腺の病気 喘息 てんかん症 鼻炎、副鼻腔炎
 HIV (エイズ) 肝炎 (B型・C型)
 その他 ()

*病気にチェックされた方は病名を記入してください (_____)

3. 現在、通院中の病院はありますか？

- ない ある 病名 (_____)

通院中の病院名 (_____)

4. 現在、お薬を服用していますか？

- ない ある (薬の名前 _____)

※裏面もございますのでご記入お願いします

5. お薬、食品、その他のアレルギー（金属/花粉/アトピーなど）はありますか？

ない ある（_____）

6. 今まで歯科の治療で何か異常が出たり、ご気分が悪くなったことはありますか？

ない ある（詳細_____）

7. 今まで歯科の治療で麻酔をしたことがありますか？

ない ある

8. お子様の性格に当てはまる項目に✓してください。（複数回答可）

甘えん坊 怒りっぽい 怖がり 人見知り 活発 お調子者
こだわりが強い 負けず嫌い 気が散りやすい おとなしい

9. 家族構成（一緒に住んでいる方）を記載してください。

続柄	年齢	歯の状態	定期的な通院の有無
		良い ・ 普通 ・ 悪い	有 ・ 無
		良い ・ 普通 ・ 悪い	有 ・ 無
		良い ・ 普通 ・ 悪い	有 ・ 無
		良い ・ 普通 ・ 悪い	有 ・ 無
		良い ・ 普通 ・ 悪い	有 ・ 無
		良い ・ 普通 ・ 悪い	有 ・ 無

10. 当院をどちらでお知りになりましたか？（複数回答可）

前を通りかかって 紹介で（_____様より） ホームページを見て
家族が通っている（ご家族のお名前_____）
歯ブラシセミナー、妊婦セミナーを受けて 当院のパンフレットを見て
小児科、産婦人科、その他病院より紹介（病院名_____）
保育園、幼稚園、学校より（学校名_____）
インスタグラムを見て 区の健診より その他（_____）

11. 通院に際して、希望の時間帯や曜日などご希望があれば、ご記入ください。

（_____）

ご協力ありがとうございました。

※尚、この問診票は医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

医療法人社団ソラのあかり 荻窪あかり歯科
理事長 与謝野 明