

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		☐ 自宅TEL () ☐ 携帯TEL () ☐ 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： _____ どんなふうに： _____

- ☐ 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
☐ アデノイド ☐ HIV (エイズ) ☐ 肝炎 (B型・C型)
☐ 発達障害・発達遅延 (具体的に：例) 言葉が遅い)
診断名がある場合チェックをお願いします。 ☐ 自閉症スペクトラム症 ☐ ADHD ☐ 学習障害
☐ その他 ()
☐ その他 (疾患名)

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をお願いします

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。