

小児問診票

記入年月日 年 月 日

ふりがな			
お名前		愛称	
生年月日	平成 年 月 日 (才)	性別	男 ・ 女
ご住所	〒 -	電話番号	
		ご自宅 :	- -
		携帯 :	- -

次の事項に記入し、該当する箇所を○で囲んで下さい。

1、お子様はどうされましたか？できるだけ具体的にお書きください。

(_____)

2、お子様は、1日に何回、いつ歯磨きなさいますか？

1日 _____ 回 (起床時・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前)

3、おやつはどのように与えられていますか。

・なし ・時間を決めて1日 _____ 回 ・時間を決めずに与えている

4、今までかかったことのある病気、現在かかっている病気はありますか？

・いいえ ・はい (_____)

5、現在お薬をのんでいますか？

・いいえ ・はい (どんなお薬ですか _____)

6、お子様には何か癖がありますか？

・指をしゃぶる ・口呼吸 ・唇を噛む ・爪を噛む ・うつぶせ寝

7、アレルギーはありますか？

・ない ・ある (具体的に _____)

8、かかりつけの内科医院・病院はありますか？

(_____) 医院・病院 担当医師名 (_____)

裏面にも続きます。

9、以前通院された歯科医院はありますか？

- ・いつ頃（ _____ 前）
- ・場所（ _____ 市・郡 _____ 歯科）

8、当院をお選びいただいた理由を教えてください。（複数選択可）

- ・インターネットで見て ・自宅や職場から近い ・チラシ、情報誌を見て
- ・看板を見て（医院、交差点） ・知人の紹介（お名前 _____ ）

9、今回の治療について

- ・悪いところは全て治したい
- ・よくわからないので、相談して決めたい
- ・今、不自由しているところだけ治したい

10、当院では無理やりの治療はなるべく避けたいと考えておりますが、
今回の治療でお子様が泣いたり、暴れたりなさらしたらどうして欲しいですか？
（ _____ ）

11、今回の治療費について

- ・費用はある程度かかってもよいから相談の上、最善の方法・材料で治したい
- ・なるべく保険で、特にひどい所は相談の上、自費でしっかり治したい
- ・健康保険の範囲内で治したい

12、ご希望の時間帯・曜日などありますか？

- ・ない
- ・ある（ _____ ）曜日の（ _____ ）時頃に予約希望

13、治療にあたり希望されることをご自由にご記入下さい。

(_____)

ご協力ありがとうございました。お知らせくださった資料を十分に考慮し、貴方の為に一番いい治療をしたいと思っております。