

問 診 票

受診日 令和 年 月 日

受診者	ふりがな お 名 前		男 女 第 子	愛 称		生年月日	平成・令和	年	月	日
	ご 住 所	〒			通 園	幼稚園 保育園	組	通 学	学校 年	
	自 宅 (TEL)									
	携 帯	☐ 予約確認のSMS配信サービスをご希望の方はチェックをつけてください								

●ご兄弟(姉妹)の受診について教えてください

お 名 前	生年月日	性別	当院受診歴	お 名 前	生年月日	性別	当院受診歴
	平成・令和 月 日生	男 女	無 有 (年 月頃)		平成・令和 月 日生	男 女	無 有 (年 月頃)
	平成・令和 月 日生	男 女	無 有 (年 月頃)		平成・令和 月 日生	男 女	無 有 (年 月頃)

お子さまによりよい診療をおこなうためにお聞かせください

- どうなさいましたか？
- ① 虫歯がある
- ② 歯が痛い
- ③ 歯並びをみてほしい
- ④ 予防処置(フッ素・シーラント・ハミガキ指導)
- ⑤ 乳歯がうまく抜けない
- ⑥ 歯をぶつけた
- ⑦ 検診希望
- ⑧ その他()
- 今まで歯医者さんへ行ったことがありますか？
- ① ある(才頃)
- ・ 治療してもらった
- ・ 薬を塗ってもらった
- ・ 検診をしてもらった
- ・ その他()
- そのときのお子さまの様子はどうでしたか？
- ・ 上手にできた
- ・ 泣いたけどできた
- ・ 暴れた
- ・ 嫌がってできなかった
- ・ その他()
- ② ない
- 歯の治療についてお子さまの様子は？
- ・ 上手にうけられると思う
- ・ 嫌がると思う
- ・ 泣くと思う
- ・ 泣き暴れると思う
- ・ その他()
- 今までに入院、手術を受けるような大きな病気にかかったことがありますか？
- ・ ない ・ ある(病名
- かかりつけの小児科、内科はありますか？
- ・ ない ・ ある(病院名
- 薬や食べ物のアレルギーはありますか？
- ・ ない ・ ある(
- ・ わからない
- 主な保育者はどなたですか？
- ・ 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母
- お子さまの性格は？
- ・ 神経質 ・ 恐怖心が強い
- ・ 泣きむし ・ うちべんけい
- ・ 我が強い ・ 甘えっこ
- ・ 落ち着きがない ・ のんびりしている
- 何か癖はありますか？
- ・ ない ・ 指しゃぶりをする
- ・ 爪を噛む ・ 唇を噛んだり触ったりする
- ・ 口を開けて寝る
- ・ その他(
- 当院はどこで知りましたか？
- ・ 紹介された(ご紹介
- ・ 広告(新聞・雑誌・インターネット)
- ・ 近所だから
- ・ 兄弟が通っている
- ・ その他(