



問診票 (小児用)

* 下記の質問に正確にご記入をお願い致します。

ひたちなかファミリアデンタルクリニック

令和 年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	歳 か月
お名前				平成・令和 年 月 日 生
記入者の お名前	お子様との関係()		電話番号	— — (自宅)
住所	〒		携帯番号	— — ()
				メールアドレス

◆歯科にかかるのは?

初めて

かかったことがある(か月・ 年くらい前)

◆今日はどうなさいましたか?

検診・予防 むし歯がある 歯が痛い
歯ぐきが腫れている 詰め物がとれた 口臭
歯の外傷(ぶつけた、かけた)
歯並びの相談 歯の形、はえ方の相談
その他()

◆気になる部位はどこですか?

※向かって左右が逆に記載されています

右上の奥	上の前歯	左上の奥
右下の奥	下の前歯	左下の奥
右顎・左顎	その他()	

◆今までにかかった病気はありますか?

はい ↓ いいえ

心臓病 腎・肝臓病 ぜんそく 熱性けいれん

血液疾患 アナフィラキシーショック

その他()

通院医療機関名 _____
科 担当医 _____

◆ご家族で病気歴のある方はいらっしゃいますか?

はい ↓ いいえ

誰: 病名:

誰: 病名:

◆現在飲んでいる薬はありますか?

はい ↓ いいえ

お薬名:

◆アレルギーはありますか?

はい ↓ いいえ

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 湿疹 花粉症

薬剤()

食物()

その他()

◆麻酔をした時、気分が悪くなつた事はありますか?

はい いいえ 麻酔をした事がない

◆血が止まりにくいと感じることはありますか?

はい いいえ

◆歯磨き習慣についてお聞かせください

歯磨きはしていますか はい ↓ いいえ

子のみ 親のみ 子+親 うがいのみ

歯磨きのときに使用しているものを教えてください

歯ブラシ 歯磨き粉 フロス

その他()

◆生活習慣についてお聞かせください。

おやつの時間は決まっていますか はい ↓ いいえ

時間帯()

内容()

よく飲む飲み物を教えてください

水 お茶類(加糖・無糖) 牛乳 ジュース

100%ジュース 野菜ジュース 乳酸飲料

スポーツ飲料 炭酸飲料

その他()

◆来院できる曜日、時間帯を教えていただけますか?

月 火 水 木 金 土 不定期

am · pm

時間帯 _____ 時以降

◆当院を知った理由をお聞かせください。

ご紹介(家族・友人 : 様)

インターネット(当院HP・yahoo・Google・その他:)

看板・医院前を通って 口クチコミ

医療機関からの紹介()

その他()

ありがとうございました。ご質問、ご要望がございましたらご自由にお書きください。