



問診票 (小児用)

* 下記の質問に正確にご記入お願い致します。

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 月 日
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？ <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> かかったことがある(月・ 年くらい前)			◆麻酔をした時、気分が悪くなった事がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 麻酔をしたことがない		
◆今日はどうなさいましたか？ <input type="checkbox"/> 検診・予防 <input type="checkbox"/> むし菌がある <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の外傷(ぶつけた、かけた) <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> 歯の形、はえ方の相談 <input type="checkbox"/> その他()			◆血が止まりにくいと感じることはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
◆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()			◆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 <input type="checkbox"/> はい↓ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 子のみ <input type="checkbox"/> 親のみ <input type="checkbox"/> 子+親 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯磨き粉 <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> その他()		
◆今までにかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> はい↓ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎・肝臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> その他() 通院医療機関名 _____ 科 担当医 _____			◆生活習慣についてお聞かせください。 おやつ時間は決まっていますか <input type="checkbox"/> はい↓ <input type="checkbox"/> いいえ 時間帯() 内容 () よく飲む飲み物を教えてください <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶類(加糖・無糖) <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 100%ジュース <input type="checkbox"/> 野菜ジュース <input type="checkbox"/> 乳酸飲料 <input type="checkbox"/> スポーツ飲料 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> その他()		
◆ご家族で病気歴のある方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> はい↓ <input type="checkbox"/> いいえ 誰: 病名: 誰: 病名:			◆来院できる曜日、時間帯を教えてください。 月 火 水 木 金 土 不定期 am ・ pm 時間帯 _____ 時以降		
◆現在飲んでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい↓ <input type="checkbox"/> いいえ お薬名:			◆当院を知った理由をお聞かせください。 <input type="checkbox"/> ご紹介(家族・友人: 様) <input type="checkbox"/> インターネット(当院HP・yahoo・Google・その他:) <input type="checkbox"/> 看板・医院前を通して <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> 医療機関からのご紹介() <input type="checkbox"/> その他()		
◆アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい↓ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> 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。