

問 診 票 (小児用)

歯科にしきどクリニック

ふりがな		男	生年月日	(満 歳)
お名前		女	平成 年 月 日	
ご住所	〒	ご自宅電話番号 () 携帯番号 (連絡先として活用しますのでご記入願います) ()		
メール				

いかがなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をして欲しい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> 近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 ()		
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 顔 その他		
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日始めて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々		
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (具体的に)		
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類)		
お薬のアレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名)		
過去に麻酔・抜歯などで異常はありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他 ()		
通院に都合のよい曜日・時間帯は	・曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 ・時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 夕方		
ご兄弟		好きな食事・おやつ	
好きなキャラクター		好きな飲み物	
おやつの時間と回数は	() 時 () 回	歯磨きの回数は	1日 () 回
歯磨きは好きですか	<input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 嫌い	歯磨きは自分でしますか	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
仕上げ磨きをしていますか	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> していない		
何かくせがありますか (現在あるものには○、過去にあったものには△)	・指しゃぶり・つめをかむ・歯ぎしり・唇をかむ・指をくわえる・舌をだす ・布きれなどをかむ・口呼吸・その他 ()		
その他、伝えたいこと、ご希望などがございましたら、ご記入下さい			