

お子さまの 問 診 票

ふりがな ()	ふりがな ()
氏 名	保護者氏名
生年月日 年 月 日	電話番号
住所 〒 ー	

※この記録は治療の参考になるものです。秘密は厳守します。できるだけ正確にお書きください。

- ・本日はどうなさいましたか。
痛い しみる はずれた かけた グラグラする 定期検診 歯並び
その他 ()
- ・いつからですか。
先程 今日 昨日 2～3日前 1週間前 数ヶ月前 食事中 その他 ()
- ・場所はどこですか。
右上 左上 右下 左下 上前歯 下前歯 舌 唇 あご 歯茎 その他 ()
- ・お口のお手入れについてお聞きします。歯磨きはいつ行いますか。
起床後 食後(朝・昼・夜) 就寝前
- ・一回の歯磨き時間は () 分) くらい
- ・歯ブラシ以外の清掃用品は使用していますか。
フロス 歯間ブラシ その他 ()
- ・食生活で間食はされますか。
あまりしない 規則的 不規則
- ・現在治療中の病気はありますか。
なし あり ()
- ・過去にかかった大きな病気はありますか。
なし あり ()
- ・過去に麻酔をした時、異常があったことはありますか。
なし あり 麻酔をしたことがない
- ・アレルギーはありますか。
なし あり ()
- ・今までに歯科を受診したことはありますか。
なし 検診のみあり あり→その時の治療はどうでしたか。できた 応急処置のみ できなかった
→最後に受診したのはいつ頃ですか。() 頃
- ・治療内容について
治療に慣れるまで練習、通院させたい 様子を見ながら出来るだけ治療を優先してほしい
治療の都度相談しながら進めてほしい
- ・日常的な癖はありますか。
指しゃぶり 爪を噛む 唇を噛む 歯ぎしりをする タオルなど、ものを噛む
いつまでも食べ物を口に入れている その他 ()
- ・習慣的飲食物を教えてください。
キャンディー チョコ ビスケット 果物 ヨーグルト ジュース
炭酸飲料 スポーツドリンク 乳酸飲料 その他 ()
- ・その他ご希望や伝えておきたいことなどがあればお書きください。

当日の治療内容・次回の治療内容や予算について記載した用紙を、ご希望の方に発行しています。希望される方はチェックをしてください。→



- ・当医院をお知りになったきっかけは何ですか。
近所に住んでいる 知人・家族の紹介 ご紹介者様 ()
職場が近い ホームページ E パーク クチコミサイト
街灯広告 その他 ()

※予約日の前日にメールでお知らせいたします。よろしければメールアドレスをご記入ください。

@

※メールが届かない場合は@ doorlink.jp のドメイン解除をしていただくか、スタッフにお尋ねください。
ネット予約サイトより LINE の登録も可能です。