



問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ

お名前

生年月日 平成 年 月 日

〒

電話番号（自宅）

ご住所

携 帯 番 号

メールアドレス

- * 当院におみえになったのは？ ☐ はじめて ☐ 前に来たことがある
- * 歯科医院は初めてですか？ ☐ はい ☐ いいえ
- * どうなさいましたか？ ☐ ムシ歯の治療をしたい ☐ 検査をしてほしい ☐ フッ素を塗ってほしい
☐ その他（ ）
- * 気になるところはどちらですか？
- | | | |
|----|----|----|
| 右上 | 前歯 | 左上 |
| 右下 | 前歯 | 左下 |
- * 内科的な病気はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 時々
- * ぜんそくやアレルギーはありますか？ ☐ ない ☐ ある（ ）
- * 飲んでいるお薬はありますか？ ☐ ない ☐ ある
- * 注射をして異常はありますか？ ☐ ない ☐ ある
- * 離乳は済んでいますか？ ☐ いいえ ☐ はい 歳 カ月頃
- * 昼間は主にどなたが面倒をみていらっしゃいますか？（ 父親 ・ 母親 ・ 祖父母 ・ 保育所 ・ 幼稚園 ・ その他 ）
- * お子さんの離乳期に乳酸飲料（カルピス・ヤクルト）をよく与えましたか？ ☐ はい ☐ いいえ
- * お子さんはいつ頃からチョコレートやケーキなどの甘い味を覚えましたか？ ☐ 1歳 ☐ 2歳 ☐ 3歳
- * 間食（おやつ）の時に甘い物を与えますか？ ☐ はい ☐ いいえ
- * 間食（おやつ）を与える時間を決めていますか？ ☐ はい ☐ いいえ
- * 次の飲み物の中でよく与えるものはどれですか？（ ジュース ・ 牛乳 ・ お茶 ・ 水 ・ スポーツ飲料 ）
- * お子さんが自分で歯を磨くのは一日何回ですか？（ 0回 ・ 1回 ・ 2回 ）
- * お子さんの歯を保護者の方が磨いてあげていますか？ ☐ いつも ☐ 時々 ☐ すべて子どもにまかせる
- * 最後に歯科治療を受けたのはいつ頃ですか？ ☐ 頃 ☐ はじめて
- * 何かご希望はありますか？（ ）
- * もり歯科・矯正歯科を何でお知りになりましたか？ ☐ ホームページをみて ☐ 家族・知人の紹介
☐ その他

MORI DENTAL ORTHODONTIC OFFICE

