

# 問 診 票

平成 年 月 日

## フリガナ

お名前

生年月日 平成 年 月 日

〒

ご住所

電話番号（自宅）

連絡先（携帯）番号

メールアドレス

- \* どうなさいましたか？  
 ムシ歯の治療をしたい  
 歯石をとってほしい  
 歯ぐきから血が出る  
 その他（ ）  
 検査をしてほしい  
 つめたものがとれた  
 歯がしみる  
 歯並びを診てほしい  
 歯肉が腫れた  
 フッ素を塗ってほしい
- \* 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
- \* どこが気になりますか？  

右上	前歯	左上
右下	前歯	左下
- \* 痛みがある方はいつからですか  
 今日から  \_\_\_\_\_日位前から  ずっと前から  時々
- \* 薬に対し異常はありましたか？  ない  ある（薬品名： \_\_\_\_\_）
- \* 現在、薬を飲んでいますか？  いいえ  はい（薬品名： \_\_\_\_\_）
- \* 注射をして異常はありますか？  はい  いいえ
- \* ぜんそくやアレルギーはありますか？  ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）
- \* 内科的な病気はありますか？  ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）
- \* 学校から帰宅後、主にお子さんの面倒をみていらっしゃる方はどなたですか？（ 父親 ・ 母親 ・ 祖父母 ・ その他 ）
- \* 間食（おやつ）に甘い物をたべますか？  はい  いいえ
- \* 間食（おやつ）の時間を決めていますか？  はい  いいえ
- \* 間食の取り方は  不規則  規則正しい  あまりしない
- \* 次の中でよく飲むものはどちらですか？（ ジュース ・ 牛乳 ・ お茶 ・ 水 ・ スポーツ飲料 ）
- \* 一日何回歯を磨きますか？  1回  2回  3回以上
- \* 歯磨きをするのはいつですか？  起床後  食後（ 朝 ・ 昼 ・ 晩 ）  就寝前
- \* 歯磨きの一回の時間は（ \_\_\_\_\_ 分くらい）
- \* 歯ブラシ以外の清掃用品は  フロス  歯間ブラシ  その他  なし
- \* 睡眠時間（ 約 \_\_\_\_\_ 時間 ）
- \* 保護者の方が仕上げ磨きをされていますか？  はい  いいえ
- \* 最後に歯科治療を受けたのはいつ頃ですか？  \_\_\_\_\_ 頃
- \* 希望の来院曜日はありますか？（ \_\_\_\_\_ ）
- \* 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？  知人又はご家族からの紹介  ホームページをみて  その他

様からのご紹介

