

問 診 票

令和 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
- * ところが気になりますか？

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

