



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ついばむを覚えられましたか? 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

