



# 問 診 票

令和 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?
 

*	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

