

お子様のより良い治療のための

# 問 診 表

記入日

年 月 日

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。わからないことがありましたら、お気軽に、受付へお尋ね下さい。

フリガナ お 名 前	----- (男・女)			生年月日	平成 年 月 日
ニックネーム				年 齢	歳 月
住 所 (アパート名も)	〒			電 話	( ) -
保育園 幼稚園 名 学校		学年 (クラス)		保護者 緊急連絡先 (携帯・勤務先等)	( ) -
1	今回は、どうなさいましたか、 (詳しい経過は、直接お伺いします)			1. 何もなくても痛い 2. しみる 3. はれている 4. ぶつけた・かけた 5. 歯並びが気になる 6. つめものがとれた 7. かむと痛い 8. 歯が動く 9. 乳歯を抜いてほしい 10. 検診で指摘された 11. 虫歯をなおしたい 12. 検診・フッ素塗布希望 13. その他[ ]	
2	以前、かかったことのあるご病気は、			1. 特になし 2. 心臓病 3. 肝臓病 4. 腎臓病 5. 鼻の病気 6. 血液疾患 7. ぜんそく 8. 他の感染症 9. その他[ ] ※その病気にかかっていた時期[ ]	
3	現在、通っていらっしゃる病院は、			1. ない 2. ある[病院名 _____ 先生]	
4	現在、常用されているお薬は、			1. ない 2. ある[薬の名 _____]	
5	アレルギー(じんましん アトピー など)は、			1. ない 2. ある 飲み薬[ _____ ] ヨード 生ゴム その他[ _____ ]	
6	今まで、歯科医院にかかれたことは、			1. ない 2. ある [ ] 歳 [ ] 月ごろ[ ]	
7	そのときお子様は、			1. ちゃんと治療できた 2. 泣いた 3. 暴れた 4. 断られた	
8	歯の治療で、麻酔をしたことは、			1. ない 2. ある → そのとき問題は a. なし b. あり[ ]	
9	歯の治療について、お子様は、			1. 特に問題なし 2. こわがり(音・振動・麻酔・他[ _____ ]) 2. 痛がり 3. はき気がしやすい 4. 見た目を気にする 5. その他[ _____ ]	
10	お子様が、治療を嫌がって暴れたときは、			1. 治療が途中でやめてほしい 2. おさえでも治療を続けてほしい 3. 先生におまかせします	
11	歯科治療で、考慮してもらいたいことは、			1. ない 2. ある[ _____ ]	
12	生まれたときの状態は、			体重[ _____ ]g 1. 異常なし 2. あり[ _____ ]	
13	以前、当院にかかれたことは、			1. ない 2. ある[いつごろ _____ ]	
14	おのざわ歯科を選んだ理由は、			1. 紹介された[お名前 _____ ] 2. 家が近い 3. 評判をきいて 4. 幼稚園・学校が近い 5. その他[ _____ ]	
15	歯磨きは、			1. 自分でしている 2. 保護者の方がしている 3. 仕上げ磨きをしている	
16	本日の体調は、			1. 良好 2. ふつう 3. 良くない	

ありがとうございました。  
その他ご希望、ご不明な点など  
ご自由にお書き下さい。

