

記入日R 年 月 日

小 児 用 問 診 票

ふりがな

氏名 _____ 男・女 _____ 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (才)

住所 〒 _____

TEL: _____

定期検診のお知らせや、前々日に予約時間の確認を致しますのでメール登録の協力をお願い致します。

【本日はどうなさいましたか - いつから、部位、症状、どんな時に痛みがあるか - 】

【生活習慣】

歯磨きはいつされますか 食後 (朝 昼 夜) そのうち仕上げ磨き (_____) 回

フロス使用 あり なし

食生活について よく飲む物 お水 お茶 ジュース ポカリ 他 (_____)

間食 不規則 規則的 あまりしない

【既往歴】 (過去にかかった病気も○をつける)

治療中の病気 あり (病名: _____ 病院名: _____) なし

喘息 貧血

胃腸 肝炎 (_____ 型) その他 (_____)

飲んでいる薬 あり (名前 _____) なし

手術の経験 あり (いつ _____ 病名 _____) なし

アレルギー あり (薬 _____ 食物 _____ 金属・ゴム _____) なし

血が止まりにくいことがありますか なし

【歯科既往歴】

歯医者さんに行った事がありますか あり なし

歯医者さんで治療をした事がありますか あり なし

麻酔の経験はありますか あり なし その時異常は あり (_____) なし

【フッ素について】

フッ素塗布を希望されますか はい いいえ

自宅でフッ素用品を使っていますか はい (商品名 _____) いいえ

【その他 ご希望や特記事項があればご記入お願いいたします】

【当院は何で知りましたか】

紹介 (お名前 _____) 家族 ホームページ 近所 その他 (_____)

【定期検診のご連絡方法の希望】

葉書 メール (メールアドレス: _____) 不要

【アンケート】興味があるものにチェックをお願いします

キシリトールについて 口腔ケア用品について (歯ブラシやフロスなど)

フッ素について 仕上げ磨きの方法について

ご協力ありがとうございました