

小児用問診票

記入日R 年 月 日

ふりがな

氏名 男・女 平・令 年 月 日 (才)

住所 〒

TEL:

メールアドレス

☐不要

定期検診や治療の2日前に日時の確認や、キャンセル待ちなどの連絡を致します。メール登録のご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 □心臓疾患() □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・衣 □なし
 血が止まりにくいことがありますか □あり □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

【フッ素塗布について】

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 □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()

【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 □歯並び・矯正 □指しゃぶり □ぽかん口 □発音

※個別の診療報酬算定項目の分かる明細書を発行しています。不要な方はチェックを付けてください。□

