

小児歯科問診票

(フリガナ)		男	生年月日
氏名	(歳 月)	女	平・令 年 月 日
住所	〒	固定電話 () 携帯電話(父 母) ()	
幼稚園 保育園 学校名	家族構成 父、母、兄弟姉妹、祖母、祖父		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 1歳6か月 2歳 3歳検診前に <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 学校検診での指摘 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎 歯石 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 矯正相談 <input type="checkbox"/> アゴが痛い <input type="checkbox"/> その他 ()
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(紹介者:) <input type="checkbox"/> 家族の紹介(祖父母 父母 兄弟姉妹) <input type="checkbox"/> 看板 () <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> SNS(インスタ LINE) <input type="checkbox"/> ホームページ(検索キーワード)
前回の歯科受診は?	<input type="checkbox"/> 当院(年 月頃) <input type="checkbox"/> 他院 歯科 (年 月頃)
その時の感想は?	<input type="checkbox"/> 予約制だった <input type="checkbox"/> スタッフが優しかった <input type="checkbox"/> 先生の技術が上手だった <input type="checkbox"/> 説明がよく理解できた <input type="checkbox"/> 少し厳しい口腔衛生指導があった方が自分のためと思った <input type="checkbox"/> その他 ()
診療についてご希望	<input type="checkbox"/> 初めてなので 慣れるまで何回もトレーニングしてから治療してほしい <input type="checkbox"/> まずは親も入室させてほしい <input type="checkbox"/> 一人で入室してお任せします、終了時に報告でよい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、定期検診もお願いしたい <input type="checkbox"/> その他 () 学習塾 ピアノ スイミング 習字 等
予約希望日時は?	・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 ・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時 <input type="checkbox"/> 午後 時
今日の健康状態は?	<input type="checkbox"/> いつも通り <input type="checkbox"/> よくない
今までにかかった病気は?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 牛乳アレルギー <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック(原因:) <input type="checkbox"/> 薬で胃腸が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 ()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
以前局所麻酔をしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ()
発育について	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 悪い 難聴療育 自閉症 ()
よく食べる おやつは? いつもの 飲み物は?	