



問診票

ふりがな
氏名

男・女 生年月日 年 月 日 年齢 歳 お子様の愛称

〒

現住所

ご連絡先

TEL

携帯

1, 本日はどうなさいましたか？

2, お痛みはありますか？ とても痛む 少し痛む 冷たいものがしみる 熱いものがしみる3, いままで歯科医院にかかったことはありますか？ ある 年 月頃 ない4, 治療を受ける場合の希望をお訊かせ下さい。 治療が必要なところ全て 現在、痛みや困っている部分5, 歯科診療に対して不安がありますか？ 非常に不安 不安 少し不安 特に不安はない6, 歯科医療で麻酔を使用した経験がありますか？ はい いいえ「はい」と答えた方で、麻酔(注射)の後に具合が悪くなった経験がありますか？ ある ない7, 麻酔アレルギー検査をご希望されますか？ はい いいえ8, 少しのケガや傷で出血が止まらないことがありますか？ はい いいえ

9, 現在または過去にかかった病気がありますか？

ぜんそく てんかん 心臓疾患 血液疾患 貧血 その他()10, 現在、医師(内科など)の治療を受けていますか？ はい(医療機関名:) いいえ11, お薬や食べ物にアレルギーはありますか？ はい いいえ

「はい」と答えた方にお尋ねします。アレルギーを起した物はなんですか？

お薬

食べ物

その他

12, 常用しているお薬はありますか？ はい(薬名:) いいえ13, 甘い食べ物は好きですか？ はい いいえ

14, お口のお手入れについて

・歯磨きをする時は 起床後 食後(朝・昼・夕) 就寝前

・一回の時間は ()分

・歯ぶらし以外の清掃用品は フロス 歯間ブラシ その他()15, 保護者の方が仕上げ磨きを行なっていますか？ はい 時々 いいえ16, 歯ブラシ指導を受けたことがありますか？ はい いいえ

17, 食生活について

・習慣的飲料物 あり() なし・間食のとり方 不規則 規則正しい あまりとらない18, お子様の歯並びで気になることはありますか？ ある ない

19, 当医院をどのようにして知りましたか？

看板を見て 建物を見て 当医院のホームページを見て 小坂橋医院に通院していてご家族、友人、知人の紹介で(ご紹介者氏名:)20, ご予約についてご希望がありますか？ ある(曜日 時頃) ない