

## 問 診 票 (こども用)

ご記入日

年 月 日

|      |   |        |                |
|------|---|--------|----------------|
| ふりがな |   | 性別     | 男 / 女          |
| お名前  |   | 平成     |                |
| 保護者名 |   | 令和     | 年 月 日 ( 才 ヶ月 ) |
| ご住所  | 〒 | 携帯TEL: |                |
| 在学学校 |   | 自宅TEL: |                |
|      |   | 携帯TEL: |                |
|      |   | (学年: ) |                |

☆以下の質問事項について、該当する項目にチェック、または○印をつけて下さい

## ① 当院をお選びいただいた理由

歯科医師の紹介 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 先生

ご友人・ご家族の紹介 \_\_\_\_\_ 様

病院の看板をみて  インターネット／ホームページ  広告 ( )

## ② ご来院の目的について

検診  歯が痛い  詰物が取れた  フッ素の塗布

PMTC/クリーニング  歯並び・噛みあわせが気になる  歯を抜きたい  歯磨きのトレーニング

相談をしたい  その他 ( )

## ③ 現在の健康状態をおしえてください

良好  通院中 ( 詳しく教えてください: )

薬を飲んでます ( 薬剤名 )

血液の病気  骨の病気  ぜんそく  その他 ( )

## ④ アレルギーはありますか? 【 なし ・ ある ( ) 】

## ⑤ ご家族またはご本人が肝炎にかかった事がありますか? 【 なし ・ ある ( 本人 / 家族 ) 】

## ⑥ いままで歯医者での治療(検診)をしたことがありますか? 【 なし ・ ある ( 検診 / 治療 / その他 ) 】

●「ある」とお答えいただいた方へ : その際に歯科治療で困ったことやご不満はありましたか?

【 ない ・ ある ( ) 】

## ⑦ いつ歯みがきをしますか? 【 起床時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前 】

●仕上げ磨きはしていますか? 【 していない ・ している ( 毎回 / 時々 ) 】

●歯ブラシ以外のデンタルグッズ(フロスやフッ素、染め出し液など)を使用していますか?

【 していない ・ している ( 使用道具 ) 】

## ⑧ 習慣的に飲む飲料物がありますか? 【 ない ・ ある ( ) 】

## ⑨ 間食の取り方について教えてください 【 不規則 ・ 規則正しい ・ しない 】

## ⑩ 睡眠時間を教えてください 【 約 \_\_\_\_\_ 時間 】

●通院に要する時間 \_\_\_\_\_ 分 ● ご都合の良い曜日 \_\_\_\_\_ 曜日

ご都合の良い時間帯 【 午前 ・ 午後 ( お昼ごろ / 夕方 / 夜 ) ・ いつでもよい 】