

患者 No. _____

こども問診表

(秘密厳守)

お子様についてご記入ください

初診日

フリガナ お名前	生年月日 平成 年 月 日生 (才) 男・女
保護者お名前	当院を何でお知りになりましたか？
〒 _____ 現住所	1. 紹介 ご紹介者 (フルネーム) _____ 様
通園・通学校名	2. <small>ホームページ</small> H P・広告 3. 建物・看板 4. その他(_____)

※ 該当する項目にご記入ください

1. どうされましたか	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 歯肉の痛み、腫れ <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 歯並び(矯正) <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 乳歯がなかなか抜けない <input type="checkbox"/> その他(_____)
2. 歯の治療をした事 がありますか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ その時のお子様の様子はどうでしたか？ a. おとなしく治療できた b. 嫌がったが一応治療できた c. 治療できなかった <input type="checkbox"/> いいえ
4. 過去及び現在に罹 ったことのある病気 はありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アレルギー(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)
5. 治療の際の希望	お子様が治療を嫌がって泣いたりしても、治療を続けてほしいですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 悪い所は相談のうえ全部治したい <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 今、痛んでいる所だけを治したい <input type="checkbox"/> 予防をして欲しい
6. 日常生活について 教えてください	a. お子様の事を何と呼んでいますか(_____) b. どんな遊びが好きですか(_____) c. 家族構成を教えてください(祖父,祖母,父,母,姉,兄,妹,弟) その他(_____) d. おやつはどのようなものが好きですか(_____) e. よく飲むものは何ですか(_____) f. 歯磨きの習慣がついていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ g. フッ素を塗ってもらった事がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7. 鼻呼吸ではなく口 呼吸されていますか	<input type="checkbox"/> はい a. 鼻がつまりやすい b. いつも口を開けている c. その他(_____) <input type="checkbox"/> いいえ
8. 上記以外でお伝え になりたい事があ りましたら	通院日や時間帯、その他治療に関する希望など (_____)
9. 教えてください	次回以降の診療予約時間等確認のため、もしよろしければ携帯電話番号、又はメールアドレスを教えてください。(予約確認・診療案内以外に使用する事は絶対にありません。) (_____)

ご協力有難うございました

確認者
