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　令　　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？ □家族から聞いて　□知人から聞いて　□評判を聞いて □ホームページを見て　□インターネットで検索して □建物を見て　□紹介カードをもらった □その他（　　）
住所　〒 Tel：＿＿＿＿＿＿	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ どなたからのご紹介ですか？　ご紹介者（フルネーム） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
通園・通学校名	

※　該当する項目にご記入ください

1.どうされましたか	□ 歯の痛み　□ 歯肉の痛み、腫れ　□ つめものがとれた　□ 歯並び(矯正) □ 検診　□ 乳歯がなかなか抜けない　□ その他(　　)
2.歯の治療をした事がありますか	□ 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 □ 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	□ 心臓病　□ .肝臓病　□ 腎臓病　□ 喘息　□ てんかん □ アレルギー(　　) □ その他(　　)
5.治療の際の希望を教えて下さい	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？ □ はい　□ いいえ
	□ 悪い所は相談のうえ全部治したい　□ その他(　　) □ 今、痛んでいる所だけを治したい □ むし歯予防をして欲しい
6.日常生活について教えて下さい	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.家族構成を教えて下さい(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　□ はい　□ いいえ g.フッ素を塗ってもらった事がありますか　□ はい　□ いいえ
7.鼻呼吸ではなく口呼吸されていますか	□ 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(　　) □ いいえ
8.通院可能日次や希望がありましたら	通院日や時間帯、その他治療に関する希望など (　　)
9.予約確認等の連絡先を教えて下さい	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。） (　　)

20220130　　ご協力有難うございました　　確認者：