

# おこさま問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 歳 ヶ月)
お名前				
ご住所	〒			
自宅電話	携帯電話	Email		
学校名	ごきょうだい ( ) 人きょうだいの ( ) 番目	一人っ子		
こちらから連絡してもよい連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> 勤務先電話	午前・午後 時頃

お手数ですが該当する箇所に  チェックをつけてお答えください。

当院を知ったきっかけ

医院を直接見て  ホームページ・ブログを見て

知人・家族の紹介 ( ) 様

チラシ  内覧会に来て

その他 ( )

どうなさいましたか？ (複数回答可)

歯が痛い  歯に穴が開いた

歯をぶつけた  口の中をケガした

悪いところがないか調べてほしい

悪いところをすべて治してほしい

フッ素を塗ってほしい  学校検診の結果

その他 (具体的に記入ください)

いつからですか？

今日  ( ) 日前から

その他 ( )

以前歯医者さんで治療を受けたことはありますか？

ある ( 才頃)  ない

その時の様子はいかがでしたか？

上手にできた  嫌がった  泣いた

暴れた  分からない

歯を抜いたことはありますか？

ある ( 才頃)  ない

アレルギーはありますか？

ある (食べ物: )  
(お薬: )

ない

次の病気にかかったことはありますか？

心臓病  肝臓病  腎臓病

肺炎  インフルエンザ  ぜんそく

扁桃炎  はしか  アトピー性皮膚炎

その他 (病名: )

ない

現在他のお医者さんにかかっていますか？

はい (病名: 科名: )

いいえ

一日に何回歯を磨きますか？ ( 回)

朝  昼  夜

クセはありますか？

指しゃぶり  爪かみ

歯ぎしり  口で呼吸

診療に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入ください。

ご署名

