

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 (具体的にご記入ください)

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

