大久保歯科
Okubo Dental Clinic

おこさま問診票

ご記入日　　年　　月　　日

フリガナ		男 女	ニックネーム	
お名前			生年月日	平成 令和　　年　　月　　日　　歳
ご住所	〒		自宅電話	
			携帯電話	
			Email	
学校名		ご兄弟　（　　）人兄弟の（　　）番目　・　一人っ子		
連絡をお取りしやすい連絡先と時間帯		□自宅電話　□携帯電話　□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下さい。

当院を知ったきっかけを教えてください。
- □　医院を見て
- □　知人・家族の紹介（　　様）
- □　ホームページ・ブログを見て
- □　チラシ
- □　内覧会に来て
- □　その他（　　）

本日は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
- □　歯並びが気になる　□　フッ素を塗ってほしい
- □　悪いところがないか検診してほしい
- □　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　　□　泣いた
- □　嫌がった　　□　暴れた

最後に歯医者さんに行かれたのはいつ頃ですか？

□（　　年　　か月前）

歯を抜いたことはありますか？

□ある（　　才頃）　□ない

一日に何回歯を磨きますか？

（　　回）

□　朝　　□　昼　　□　夜

以下のようなクセはありますか？
- □　指しゃぶり　　□　爪かみ
- □　歯ぎしり　　□　口で呼吸

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
- □　扁桃炎　　□　はしか　　□　ぜんそく
- □　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

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。

ご記入ありがとうございました。　　ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿