

問 診 票

ご記入日 年 月 日

フリガナ			男女	生年月日	大 正 昭 和 平 成	年	月	日 (歳)
お名前								
ご住所	〒			自宅電話				
				携帯電話				
				Email	@			
勤務先(学校)			職業			勤務先電話		
こちらから連絡してもよい連絡先			☐ 自宅電話	☐ 携帯電話	☐ Email	☐ 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

- ☐ 医院を直接見て(看板など)
- ☐ 知人・家族の紹介 (様)
- ☐ インターネット・ホームページ
- ☐ チラシなど
- ☐ その他 ()

どうなさいましたか?(複数回答可)

- ☐ 歯が痛い ☐ 歯ぐきが痛い ☐ あごが痛い
- ☐ つめもの・差し歯が取れた ☐ 治療が必要だと思ふ歯がある
- ☐ 歯がグラグラする・血が出る ☐ 歯石を取りたい
- ☐ 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
- ☐ 歯並び・かみ合わせが気になる ☐ 口臭が気になる
- ☐ 歯のクリーニング希望 ☐ 歯を白くしたい
- ☐ 口の中を全体的に検査したい
- ☐ その他(具体的に記入下さい)

いつからですか?

- ☐ 今日 ☐ () 日前から ☐ その他 ()

今の健康状態は?

- ☐ 普通・良好 ☐ 不良

妊娠に関して(女性のみ)

- ☐ 妊娠中 (ヶ月) ☐ 妊娠の可能性はある
- ☐ 不妊治療中 ☐ 授乳中

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 ☐ 脳梗塞 ☐ 血液疾患
- ☐ 甲状腺疾患 ☐ 肝炎ウィルス(B・C) ☐ 糖尿病
- ☐ 高血圧 (/) ☐ リウマチ ☐ 蓄のう症
- ☐ 貧血 ☐ 骨粗しょう症 ☐ ぜんそく
- ☐ その他(病名:)
- ☐ ない

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか?

- ☐ 血が止まらなかった ☐ 気分が悪くなった ☐ 腫れた
- ☐ 熱が出た ☐ アレルギーが出た ☐ 麻酔が効きにくかった
- ☐ その他(具体的に:)
- ☐ ない

現在飲んでいるお薬がありますか?

- ☐ ある(お薬の名前:)
- ☐ ない

医師に服用にあたって注意が必要と言われたお薬はありますか?

- ☐ ある(お薬の名前:)
- ☐ ない

歯磨きについて

- ① いつ磨きますか?
- ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜 ☐ 磨かない日もある ☐ 磨かない
- ② 1回の歯磨きの時間はどれくらいですか? (約 分)
- ③ 歯磨きの方法を教わったことがありますか?
- ☐ 歯科医院で ☐ 学校で ☐ 職場で ☐ ない

治療費について

- ☐ すべて保険で ☐ なるべく保険で
- ☐ 最も良い方法で(自費) ☐ 相談して決めたい

診察に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入下さい。

ご署名



おこさま問診票

(小学生以下)

ご記入日 年 月 日

フリガナ			男	平成	年	月	日生
お名前	愛称		女	(歳 ヶ月)			
ご住所	〒	自宅電話					
		携帯電話					
保護者氏名			Email	@			
学校名	ごきょうだい		()人きょうだいの()番目・ひとりっ子				
こちらから連絡してもよい連絡先		☐ 自宅電話	☐ 携帯電話	☐ Email	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

- ☐ 医院を直接見て(看板など)
☐ 知人・家族の紹介()様
☐ インターネット・ホームページ
☐ チラシなど
☐ その他()

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 ☐ 結核
☐ インフルエンザ ☐ 扁桃腺 ☐ はしか ☐ ぜんそく
☐ 黄疸 ☐ アトピー性皮膚炎
☐ その他(病名:)
☐ ない

どうなさいましたか？(複数回答可)

- ☐ 歯が痛い ☐ 歯に穴があいた ☐ 歯の打撲
☐ 口の中をケガした ☐ 悪いところがないか調べてほしい
☐ 悪いところすべてを治療してほしい ☐ 歯並びの相談
☐ フッ素を塗ってほしい ☐ 学校検診の結果
☐ その他(具体的に記入下さい)

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

いつからですか？

- ☐ 今日 ☐ ()日前から ☐ その他()

1日に何回、歯を磨きますか？

- ()回 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜

以前、歯医者さんで治療を受けたことがありますか？

- ☐ ある()才頃 ☐ ない

クセはありますか？

- ☐ 指しゃぶり ☐ 爪かみ ☐ 歯ぎしり ☐ 口で呼吸

その時の治療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 ☐ その他()

ご家族に歯並びの良くない人がいますか？

- ☐ いる(関係: 歯並びの状態:)
☐ いない

歯を抜いたことはありますか？

- ☐ ある()才頃 ☐ ない

歯科治療に対しお子様の様子は？

- ☐ 上手に受けられると思う ☐ 怖がっている・嫌がっている
☐ 泣くと思う ☐ とても抵抗すると思う ☐ 分からない
☐ その他()

アレルギーはありますか？

- ☐ ある()食べ物
☐ ()お薬
☐ ない

泣いたりぐずったりして治療が困難な場合

- ☐ 治療をやめてほしい ☐ 様子を見ながら進めてほしい
☐ 押さえつけてでも(保護者・スタッフ)続けてほしい
☐ その他()

ケガをした時、血が止まりにくかったことがありますか？

- ☐ ある ☐ ない

診察に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入下さい。

ご署名