

問診票

受付年月日： 年 月 日

診察券 No.

(ふりがな)		生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳)
お名前	男・女		
(ふりがな)		学校名	
保護者のお名前			
ご住所	〒		
電話番号			
1.来院の目的	<input type="checkbox"/> 歯が_____ <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯垢／歯石取り <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> シーラント・フッ素などの予防処置をして欲しい <input type="checkbox"/> 学校等で行った検診票の持参 <input type="checkbox"/> その他 ()		
2.症状がある場所	<input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下		
3.症状が始まった時期	<input type="checkbox"/> 頃から		
4.今までに歯の治療を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (歳ころ)		
5.今までに歯の麻酔をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (麻酔をした際に異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状_____)		
6.お子様が泣いたり暴れたりしたらどうしますか？	<input type="checkbox"/> 大学病院・小児歯科専門医等を紹介してほしい <input type="checkbox"/> 処置をやめてほしい <input type="checkbox"/> 泣いても処置を続けて欲しい		
7.今までに大きな病気をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名_____)		
8.現在、病気にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名_____)		
9.現在、服用中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名_____)		
10.特に過敏な薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名_____)		

11.食品アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（食品名_____）
12.おやつは毎日食べていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇨時間をきめていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ 時）
13.おもにどのような物を食べたり飲んだりしますか？	<input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> おせんべい <input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> あめ・グミ <input type="checkbox"/> 手作りのおやつ <input type="checkbox"/> その他（_____） <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> スポーツドリンク <input type="checkbox"/> フルーツジュース <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> 乳酸飲料 <input type="checkbox"/> その他（_____）
14.何かクセはありますか？	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪を噛む <input type="checkbox"/> 唇を噛む <input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする <input type="checkbox"/> 口で呼吸（いつも口が開いている）
15.口腔機能の評価を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 話を聞いてから考える <input type="checkbox"/> いいえ
15.自分で歯磨きをしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ 朝・昼・夜 ）
16.仕上げ磨きはしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ 朝・昼・夜 ）
17.定期検診のお知らせについて	<input type="checkbox"/> 希望する（ <input type="checkbox"/> 診察券アプリ <input type="checkbox"/> LINE） <input type="checkbox"/> 希望しない
18.来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 看板／建物 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> ご紹介（ ）
19.その他ご希望されることはありますか？	
<p>・ 予約について 準備の都合上、変更・キャンセルは前日までにご連絡ください。 当日・無断キャンセルが続く場合、以後の予約を制限させていただく場合がございます。</p> <p>・ 資料採取（写真撮影等）について精密な診断とご説明のため、口腔内の写真を撮影いたします。これらは個人を特定できないように配慮した上で、学会報告や教育等に活用させていただく場合がございます。</p> <p>上記の内容に同意いただけますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <u>ご署名_____</u></p>	

ご協力ありがとうございました。