【問診表】　小児用

記入日　平成　　年　　月　　日

ふりがな

お名前　　平成　　年　　月　　日生（　　才）　男･女

御住所 〒

電話番号　　**どのような方法で当院を知りましたか？**

家での愛称　　**紹介者**　　様

近所　**看板**　**その他（　　）**

※あなたの健康状態を知り、診断、治療の参考とさせていただきますので、正確に御記入ください。

どうなさいましたか？	□ 歯が痛い　□ 歯ぐき腫れた、痛い　□ つめもの取れた □ 歯に穴があいている　□ 歯並びについて相談したい □ 検診希望　□ 歯ブラシ指導を希望　□ フッ素を塗ってほしい □ シーラント（虫歯予防処置）を希望　□ その他（　　）
歯科麻酔の経験はありますか?	□ なし □ ある　何か問題はありましたか？ なし/ある（　　）
飲食について	1、哺乳瓶を使用していますか？　はい／いいえ 2、おやつの時間は決めていますか？　はい／いいえ 3、ジュース、清涼飲料水をよく飲みますか？　はい／いいえ 4、よく与えるもの、好きなものは何ですか？（複数回答可） アメ　ガム　チョコ　ケーキ　ﾊｲﾁｭｳ　スナック菓子　その他（　　）
次のようなくせはありますか？	1、指しゃぶり　2、唇をかむ　3、歯ぎしりをする　4、爪をかむ
食物、薬にアレルギーはありますか？	□ なし □ ある（　　）
診療範囲についての希望は？	□ 悪いところは全部治したい　□ 今回は希望するところだけ
歯磨きは誰がしていますか？	□ 本人のみ □ 親（父･母）が全面的に磨いている □ 本人が磨いた後、親（父･母）が磨いている　□ あまり磨いていない
時間帯の希望はありますか？	□ 特になし □　月　火　水　木　金　土　午前 ・ 午後
今後、治療にあたり、知らせておきたい事、ご要望等ありましたらご記入ください。	

くろだデンタルクリニック