



小児

## 問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな		性別	血液型	生年月日
お名前		男・女	型 RH(+-)	平成 年(西暦 年) 月 日 才
ご住所 建物名もご記入 下さい	〒			自宅TEL( - - )
ふりがな		メールアドレス		携帯TEL( - - )
保護者氏名				
その他連絡先	(どちらへの連絡先かもご記入下さい)			

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> むし歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い・腫れた・血が出る <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯の掃除をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並び相談 <input type="checkbox"/> 学校からプリントをもらった(むし歯・歯肉炎・要注意乳歯・歯石・歯垢・歯並び・小帯異常) <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物が取れた <input type="checkbox"/> その他( )
※痛みがある場合ご記入下さい どこが痛みますか？	<input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 右下奥 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下奥 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> その他
いつから・どのくらい痛みますか？	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ( ) か月前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> かすかに < <input type="checkbox"/> 軽く < <input type="checkbox"/> 強く < <input type="checkbox"/> 耐えられない程 ( <input type="checkbox"/> 痛み止めを飲んでいる )
現在の体調はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 怪我をしている・調子が悪い(具体的に )
歯の治療をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(いつ頃 )
麻酔・抜歯などで具合が悪く なったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 熱がでた <input type="checkbox"/> 耐えられない程痛みがあった <input type="checkbox"/> その他( )
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(麻酔・薬・金属・アトピー・花粉・その他 )
今までに大きな病気にかかった ことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )
かかりつけの病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名 )
服用中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類 )
一緒に住んでいるご家族は？	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄( )人 <input type="checkbox"/> 姉( )人 <input type="checkbox"/> 弟( )人 <input type="checkbox"/> 妹( )人 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母
既に当院にかかられている ご家族はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(お名前: )
通院にご都合のよい曜日・時間帯	<input type="checkbox"/> 特に決まっていない <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夕方6時以降
当院へお越しになった きっかけをお聞かせ下さい (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者様のお名前 様) <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 駅の看板を見て <input type="checkbox"/> 治療に期待できそうだから <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他( )
その他・ご希望・ご質問など	

ご記入ありがとうございました。