

えり歯科クリニック 問診票(小児)

記入日 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日
氏名			男・女	T/S/H/R 年 月 日生まれ 歳
現住所	〒 -			
連絡先電話番号	自宅	携帯	愛称 (くん・ちゃん)	
保育園名・幼稚園名・学校名など				
家族構成(年齢)	()	()	()	
	()	()	()	

本日はどうされましたか？ ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯を抜きたい(抜歯したい) <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい <input type="checkbox"/> 口の中をケガした <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> その他()
当院に来院されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前に来院したことがある
当院を知ったきっかけを教えてください ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 医師からの紹介(病院の 先生) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(紹介者:) <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> SNS(LINE・Instagram) <input type="checkbox"/> Google 検索 <input type="checkbox"/> Google マップ <input type="checkbox"/> EPARK <input type="checkbox"/> その他()
前回の歯科受診はいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> 当院(年 月頃) <input type="checkbox"/> 他院(歯科を 年 月頃)
どのような治療を希望されますか？ ※複数選択可	<input type="checkbox"/> いま痛むところだけを治したい <input type="checkbox"/> この機会に悪いところもすべて治したい <input type="checkbox"/> 相談の上決めたい <input type="checkbox"/> 一回の治療時間を短くしてほしい <input type="checkbox"/> 多少長くても一度に多くの治療をしたい <input type="checkbox"/> その他()
次回以降の予約時間の希望について	<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

[次ページに続きます](#)

内科的病気はありますか？または過去にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> その他()
服薬中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬剤名:)
薬や食べ物などのアレルギー・特異体質などはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 具体的に()
お子様の何か癖はありますか？	<input type="checkbox"/> 指しやぶり <input type="checkbox"/> 爪を噛む <input type="checkbox"/> 唇をかむ <input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする <input type="checkbox"/> タオルなどをくわえる <input type="checkbox"/> お口がポカンと開いている <input type="checkbox"/> くちゃくちゃ音を立てて食べる
過去抜歯した際、何か異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(具体的に:)
過去麻酔した際、何か異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(具体的に:)
歯磨きについて	歯磨きの時間帯: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> おやつ後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前使用する道具: <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他()
誰が歯を磨きますか？	<input type="checkbox"/> 子供が自分で磨く <input type="checkbox"/> 子供が磨いた後、親が磨く <input type="checkbox"/> 親が磨く
よく飲むものについて	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他()
間食について	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(規則正しい・不規則)
その他、要望等はありますか？	
診療明細書は必要ですか？	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。□はい □いいえ

ご協力いただきありがとうございました。