

おこさま問診票

(小学生以下)

ご記入 年 月 日

フリガナ お名前	愛称	男 女	平成 年 月 日生 (歳 ケ月)
ご住所 〒	自宅電話 携帯電話		
保護者名	Email		
学校名	きょうだい () 人きょうだい () 番目・ひとりっこ		

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。

当クリニックを知ったきっかけ

建物を見て

知人・家族の紹介 (様)

インターネット・ホームページを見て
検索ワードは?()
PC Or 携帯
インターネットサイト()

雑誌を見て()

看板を見て

タウンページを見て

その他()

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

悪いところすべて治療してほしい

歯並びの相談 フッ素・シラント希望

学校検診の結果 積極的に予防したい

その他()

いつからですか？

今日 () 前から その他()

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

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()

歯を抜いたことはありますか？

ある(才頃) ない

アレルギーはありますか？

ある(食べ物)

(お薬)

ない

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

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 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

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

1日に何回、歯を磨きますか？

(回) 朝 昼 夜

仕上げ磨きはしていますか？

はい いいえ

クセはありますか？

指しゃぶり 爪かみ 歯ぎしり

口で呼吸

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

おやつ・間食について

好きな食べ物()

好きな飲み物()

時間について

時間を決めてあたえる

特に時間は決めてない