

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 <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (様) <input type="checkbox"/> 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() <input type="checkbox"/> 雑誌を見て() <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> その他()
--

どうなさいましたか？(複数回答可) <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯に穴があいた <input type="checkbox"/> 歯の打撲 <input type="checkbox"/> 口の中をケガした <input type="checkbox"/> 悪いところがないか調べてほしい <input type="checkbox"/> 悪いところすべて治療してほしい <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> フッ素・シラント希望 <input type="checkbox"/> 学校検診の結果 <input type="checkbox"/> 積極的に予防したい <input type="checkbox"/> その他() いつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> () 前から <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ある(才頃) <input type="checkbox"/> ない その時の治療の様子はいかがでしたか？ <input type="checkbox"/> 上手にできた <input type="checkbox"/> 嫌がった <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 暴れた <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> その他()
--

歯を抜いたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある(才頃) <input type="checkbox"/> ない
--

アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ある(<input type="checkbox"/> 食べ物) (<input type="checkbox"/> お薬) <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

次の病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 扁桃腺 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他(病名:) <input type="checkbox"/> ない

現在、他のお医者さんにかかっていますか？ <input type="checkbox"/> はい(病名: 科名) <input type="checkbox"/> いいえ
--

1日に何回、歯を磨きますか？ (回) <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 仕上げ磨きはしていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--

クセはありますか？ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> 口で呼吸

ご家族に歯並びの良くない人がいますか？ <input type="checkbox"/> いる(関係: 歯並びの状態) <input type="checkbox"/> いない
--

おやつ・間食について <input type="checkbox"/> 好きな食べ物() <input type="checkbox"/> 好きな飲み物() 時間について <input type="checkbox"/> 時間を決めてあたえる <input type="checkbox"/> 特に時間は決めてない
--