

まりこ小児歯科 問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	同居家族(丸を付けて下さい) 父・母・祖父・祖母・兄・姉・弟・妹・他()
住所	日中連絡のつく電話番号のご記入をお願い致します TEL MAIL	
生年月日 平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	記入者氏名	お子様との続柄 ()
本日は、どうされましたか？		
当医院をお知りになったのは	<input type="checkbox"/> 家が近所 <input type="checkbox"/> 小児歯科学会のホームページを見て <input type="checkbox"/> 家族が来ている <input type="checkbox"/> 知人の紹介(紹介者) <input type="checkbox"/> 当院のホームページを見て <input type="checkbox"/> 前医院から継続 <input type="checkbox"/> その他()	
歯科にかかるのは初めてですか？	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 受診したことがある (<input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> 一年以上)	
治療中の様子は	<input type="checkbox"/> 上手にできた <input type="checkbox"/> 泣いたができた <input type="checkbox"/> あばれた <input type="checkbox"/> ほとんど出来なかった	
歯科で麻酔をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
抜歯をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 何のアレルギーですか？() どんな症状がでますか？()	
妊娠中または生後1年間で 事故や病気にあいましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 疾患名または事故名()	
全身的な病気がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある 病名() 通院医療機関()	
発達障害といわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある 精神遅滞 ・ 自閉スペクトラム症 ・ 注意欠如, 多動症 ・ 限局性学習症 その他()	
常用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある 薬名()	
フッ素塗布を希望しますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい フッ素を塗った事がある方、最後に塗ったのはいつ頃ですか？(年 月ごろ)	
間食(おやつ)の時間や回数を 決めていますか？	<input type="checkbox"/> 決めている <input type="checkbox"/> 決めてはいない	
歯を磨きますか？	<input type="checkbox"/> 磨かない <input type="checkbox"/> 磨く 1日()回(朝 ・ 昼 ・ 夕方 ・ 寝る前)	
仕上げ磨きをしていますか？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している どなたが仕上げ磨きをしますか？()	
次のようなことがありますか？	<input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> 口が開いている <input type="checkbox"/> おしゃぶり・指しゃぶり <input type="checkbox"/> くちびるをかむ <input type="checkbox"/> ほおづえをつく <input type="checkbox"/> 滑舌が悪い	
治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところはすべて治してほしい <input type="checkbox"/> 予防をしてほしい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治してほしい	
※その他相談したいこと、ご希望、心配事などありましたらご記入下さい		