

子ども（小学生以下）

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ	平・令	男・女
お名前	生年月日	年 月 日 (才)
愛 称	電話番号	
保護者様のお名前	携帯番号	
〒 ご住所	幼稚園・保育園・小学校（学年）	



どうなさい ましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯に穴があいた	<input type="checkbox"/> 詰め物が取れた
	<input type="checkbox"/> 検診してほしい	<input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れ・出血	<input type="checkbox"/> 口臭が気になる
	<input type="checkbox"/> 歯磨き指導希望	<input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい	<input type="checkbox"/> 歯並びが気になる
	<input type="checkbox"/> 検診用紙もらった	<input type="checkbox"/> その他 ()	
現在飲んでいる お薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ⇒ お薬の名前 ()	
現在通院中や今までに かかったご病気は ありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 病名 ()	
食物やお薬で アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 種類 ()	
今までに歯科を受診 したことは ありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 協力的だった	<input type="checkbox"/> 非協力的だった (泣いて治療できなかった)
歯並びについて気になる所はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
フッ素塗布のご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
当院をどのよう にしてお知り になりましたか？	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名:)		
	<input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他 ()		
お越しになった 手段は？	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車・バイク <input type="checkbox"/> 公共交通機関		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
来院できない日は？	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		

その他気になることや、歯科治療で嫌だった、不安に思っていることがあればご記入ください。



しみず 歯科

SHIMIZU DENTAL CLINIC

ご協力ありがとうございました。 ご記入いただいた個人情報は、厳重に管理させていただきます。