

子ども（小学生以下）

# 問 診 票

記入日令和 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"/> 歯磨き指導を希望	<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"/> 検診用紙をもらった	<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、金属で 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"/> 建物を見て	<input type="checkbox"/> ホームページを見て
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 駅の看板を見て	
お越しになった 手段は？	<input type="checkbox"/> 自動車	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 自転車・バイク
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 公共交通機関	
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。