















## 小児問診票

フリガナ		フリガナ	
お名前		保護者名	
生年月日	平成 年 月 日 ( 才 )	自宅電話	( )
		携帯電話	( )
ご住所	〒 -		
保育園・幼稚園・学校名			

当歯科医院をお選びになられた方法をお知らせください	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> くちこみ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 家・職場の近く <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 紹介 (ご紹介者のお名前 様 )						
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> 虫歯の予防・健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯垢・歯石の除去 <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> その他 ( )						
痛い・具合が悪いと答えた方	部位 (場所) はどこですか <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">右上</td> <td style="text-align: center;">前上</td> <td style="text-align: center;">左上</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">右下</td> <td style="text-align: center;">前下</td> <td style="text-align: center;">左下</td> </tr> </table>	右上	前上	左上	右下	前下	左下
右上	前上	左上					
右下	前下	左下					
麻酔の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある あると答えた方 ▶ 何か異常はありませんでしたか？ <input type="checkbox"/> 特に異常はなかった <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> アレルギー反応があった <input type="checkbox"/> その他 ( )						
アレルギーなどの特異体質はありませんか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある あると答えた方 ▶ <input type="checkbox"/> 薬である <input type="checkbox"/> ペニシリン系 <input type="checkbox"/> ピリン系 <input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 食品である <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> エビ・カニ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )						
現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある あると答えた方 ▶ 病名 ( ) 病院名 ( )						
現在常用しているお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( ) あると答えた方 ▶ お薬の名前 ( )						
今までかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある あると答えた方 ▶ 病名 ( )						

歯磨きについて	
 自分で歯磨きはしていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 磨いていない
 それはいつ磨いていますか？	<input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 間食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前
 仕上げ磨きはしていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 磨いていない
 仕上げ磨きはいつしていますか？	<input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 間食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前
 どなたが仕上げ磨きをしていますか？	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他(                    )
 どのような体勢で磨いていますか？	<input type="checkbox"/> 寝かせたまま <input type="checkbox"/> 起きたまま <input type="checkbox"/> その他(                    )
 歯ブラシ以外の道具を使っていますか？	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> ワンタフト(一本ブラシ) <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> その他(                    )
 歯磨き粉は使っていますか？	<input type="checkbox"/> 使っている    商品名(                    ) <input type="checkbox"/> 使っていない
食生活について	
 好きな食べ物	
 嫌いな食べ物	
 よく食べるお菓子	<input type="checkbox"/> ポテトチップス <input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> ドーナツ <input type="checkbox"/> キャラメル <input type="checkbox"/> ガム <input type="checkbox"/> アメ <input type="checkbox"/> せんべい <input type="checkbox"/> アイス <input type="checkbox"/> プリン <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他(                    )
 よく飲む飲み物	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶( <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> 煎茶 <input type="checkbox"/> ほうじ茶 <input type="checkbox"/> 紅茶) <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳酸飲料 <input type="checkbox"/> スポーツドリンク <input type="checkbox"/> ジュース(                    ) <input type="checkbox"/> その他(                    )
 おやつを与える時間は何時頃ですか？	(                    時頃)    (                    時頃)    (                    時頃)
<b>治療の範囲について</b>	<input type="checkbox"/> 悪いところがあればこの機会に全部治療したい <input type="checkbox"/> 検査をして相談してから決めたい <input type="checkbox"/> 今回は応急処置だけを希望 <input type="checkbox"/> 今痛いところ(不快なところ)だけ治療したい
 その他何かありましたらご記入ください	

ご記入ありがとうございました。  
こづかファミリー歯科

**【痛くない】【怖くない】【心地よい】治療を目指して・・・**  
患者様に感動していただけるようスタッフ一同、精一杯お手伝いをさせていただきます。