すずしろ歯科

小児問診表

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	大・昭・平・令	年齢	歳	血液型	型
お名前			年　月　日生				
お住まい	〒　　－　　自宅番号　　（　　）			連絡方法をお選びください			
携帯電話番号				☐ E-MAIL　☐ SMS			
メールアドレス（PC / 携帯）				ご予約の確認や検診のお知らせをお送りします。			
ご家庭での呼び方							

※記入された個人情報はすずしろ歯科個人情報保護に基づき、治療や予約など必要な事以外には使用いたしません。

●どのようにして当院をお知りになりましたか？
☐ ホームページ　☐ 家が近いから　☐ 職場が近いから　☐ 家族の紹介
☐ 知人の紹介（紹介者：　　様）　☐ その他（　　）

●本日はどうなさいましたか？
☐ 歯が痛い　☐ 歯ぐきが腫れた　☐ 歯並び・噛み合わせを見てほしい
☐ 歯の清掃をしたい　☐ お口の中の検査をしたい　☐ フッ素塗布をしたい
☐ その他（　　）

● 現在または過去にかかった病気について
☐ ない　☐ 心臓病　☐ ぜんそく　☐ ケガなどで血が止まりにくかった
☐ その他（病名：　　）

● 服用中のお薬について
☐ なし　☐ ある　（薬剤名：　　）

● アレルギーはありますか？
☐ なし　☐ ある　（食べ物：　　お薬：　　）

● 今までに歯医者さんに行ったことはありますか？
☐ なし　☐ ある　（　上手にできた　・　できなかった　）

● お子様の食事や栄養についてお困りごとはありますか？
☐ なし　☐ ある　（　具体的に　　）

● お子様の家庭と現在の状況について

	間柄	年齢	学校/職業	虫歯の有無	歯並び/噛み合わせ
本人	本人			有・無・治療済み	良・不良
ご家族	お父さん			有・無・治療済み	良・不良
	お母さん			有・無・治療済み	良・不良
	兄弟/姉妹			有・無・治療済み	良・不良
	兄弟/姉妹			有・無・治療済み	良・不良
	祖父母			有・無・治療済み	良・不良
	他			有・無・治療済み	良・不良

ご記入ありがとうございました。