

問診票(小児)

～病状などについてのご質問～

NO,

ふりがな				性別	男 女	生年月日	西暦でご記入ください 年 月 日 (才)		
お子様のお名前									
ご住所	〒			電話番号 (- -)					
eメール	※オンラインによる予約管理システム使用の為、普段使用されているアドレスを必ずご記入ください 緊急連絡先 (- -)								
保護者のお名前				続柄	お子様の通う学校名				

どうなさいましたか (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 ()								
場所はどこですか	左上奥		前上		右上奥				
	左下奥		前下		右下奥		あご 舌 唇 顔 その他		
いつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々								
痛み方は	<input type="checkbox"/> 痛んだり止まったり <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 重苦しく痛い <input type="checkbox"/> しみる(冷・熱・甘)								
今までに大きな病気を したことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 鼻の病気 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 他の感染症 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし								
最後に歯科に行ったのは	<input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> () 年前 <input type="checkbox"/> 覚えていない								
かかりつけの病院・通院中 の病院はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名)								
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類)								
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()								
一日に歯を磨くのは	1日 回 (いつ磨きますか? 朝・昼・夜)								
間食はとりますか	<input type="checkbox"/> とらない <input type="checkbox"/> 規則的にとる(1日 回) <input type="checkbox"/> 不規則にとる(1日 回)								
よく飲む物がありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1日 回/何が多いですか?)								
麻酔で具合が悪くなった ことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 麻酔の経験がない								
矯正治療に興味はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 詳しく話を聞きたい								
なにか癖はありますか (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> タオル等物をかむ <input type="checkbox"/> 唇をかむ <input type="checkbox"/> 唇を吸う <input type="checkbox"/> くちで息をする <input type="checkbox"/> おしゃぶriを使う <input type="checkbox"/> うつ伏せ寝 <input type="checkbox"/> 頬杖をつく <input type="checkbox"/> 歯ぎしり・くいしばり <input type="checkbox"/> 姿勢が悪い <input type="checkbox"/> いつもお口をポカンとしている <input type="checkbox"/> その他 ()								
オーバルコート歯科室では 楽しく通院できる特典満載の キッズクラブがあります	<input type="checkbox"/> 興味ない <input type="checkbox"/> 興味あり(説明を受けたい) <input type="checkbox"/> 入会希望(500円(税込))								
当院をお選びいただいた 理由をお聞かせください (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者のお名前 様) <input type="checkbox"/> 通いやすいから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> パンフレットを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 ()								

