

おこさま問診票

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな			男・女	平成・令和	年	月	日
お名前	愛称			(歳 か月)			
ご住所	〒 -						
保護者氏名		電話番号	自宅	-	-		
			携帯	-	-		
学校名		Eメール	@				
ご兄弟	()人きょうだいの()番目・ひとりっ子	こちらから連絡してよい連絡先	自宅電話・携帯電話・Eメール		午前/午後	時ごろ	

お手数ですが、該当する番号に○をつけてお答えください。(複数回答可)

どうなさいましたか？	1.歯が痛い 2.歯に穴が開いた 3.歯の打撲 4.口の中を怪我した 5.悪いところがないか調べてほしい 6.悪いところ全て治療してほしい 7.歯並びの相談 8.フッ素を塗ってほしい 9.学校検診の結果 10.その他(具体的に)
いつからですか？	1.今日 2.()日前から 3.その他()
どのようにして当院をお知りになりましたか	1.知人の紹介(紹介者のお名前 様) 2.家が近いから 3.職場が近いから 4.ホームページを見て 5.折り込みチラシを見て 6.その他()
以前、歯医者さんで治療を受けたことがありますか？	1.ある(歳ごろ) 2.ない
その時の様子はいかがでしたか？	1.上手にできた 2.嫌がった 3.泣いた 4.暴れた 5.わからない 6.その他()
歯を抜いたことがありますか？	1.ある(歳ごろ) 2.ない
アレルギーはありますか？	1.ある(食べ物 お薬) 2.ない
怪我をしたとき、血が止まりにくかった事がありますか？	1.ある 2.ない
次の病気にかかったことはありますか？	1.心臓病 2.肝臓病 3.腎臓病 4.肺炎 5.結核 6.インフルエンザ 7.扁桃腺 8.はしか 9.ぜんそく 10.黄疸 11.アトピー性皮膚炎 12.その他(病名) 13.特にない
1日に何回歯を磨きますか？	()回 朝 ・ 昼 ・ 夜
クセはありますか？	1.指しゃぶり 2.爪かみ 3.歯ぎしり 4.口で呼吸
ご家族に歯並びの良くない人がいますか？	1.いる(関係: 歯並びの状態:) 2.いない
歯科治療に対しお子様の様子は？	1.上手に受けられると思う 2.怖がっている・嫌がっている 3.泣くと思う 4.とても抵抗すると思う 5.わからない 6.その他()
泣いたりぐずったりして治療が困難な場合	1.治療をやめてほしい 2.様子を見ながら進めてほしい 3.押さえつけてでも(保護者・スタッフ)続けてほしい 4.その他()

ありがとうございました。なお、ご希望・ご要望などございましたら何でもご遠慮なくお尋ねください。