

〈問診票〉

記入日 年 月 日

お名前	フリガナ	性別	男・女
		生年月日	平成・令和 年 月 日 (才 ヶ月)
ご住所	〒	学校名	保育園・幼稚園・小学校
		好きなこと	
保護者	ご自宅： ()		
電話番号	携帯番号：		※治療を嫌がった際の対応のため

1. どうなさいましたか

- 歯が痛い 歯肉が痛い 歯がしみる 腫れている 詰め物がとれた 歯が動く 健診
 フッ素 乳歯を抜いてほしい 歯並びをなおしたい その他 ()

2. 当院をお知りになった理由はなんですか？ ※複数回答可

- 知人・家族からの紹介（ご紹介者名： _____様） 駅看板を見て
 建物を見て かかりつけ(丸山デンタルクリニック) ホームページを見て E PARKを見て

3. 今までにかかった病気はありますか？

- 特になし
 心臓病 肝臓病 腎臓病 鼻の病気 血液疾患 ぜんそく 他の感染症
 その他 (_____) ※その病気にかかっていた時期 (_____)

4. どこが痛みますか？

- 右上奥 前上 左上奥
 右下奥 前下 左下奥
 頬 舌 唇 顔 その他 (_____)



5. 痛みはいつからですか？

- 今日から () 日前から ずっと前から 時々

6. 今まで歯科医院にかかったことはありますか？

- ない
 ある (その時お子さんは、 治療できた 泣いた あばれた)

▼裏面もお答えください。▼

7. 歯の治療についてお子さんの様子を教えてください。

- こわがり（音・振動・白衣・麻酔・その他_____）
 痛がり 吐き気がしやすい 見た目を気にする その他（_____）

8. 生まれたときの状態を教えてください。

- 体重（_____）g 異常なし 異常あり（_____）

9. かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？

- ない ある（病院名：_____）

10. 薬を飲んでいますか？

- いいえ はい（薬の名前・種類：_____）

11. アレルギーはありますか？

- いいえ はい（アレルギー名：_____）

12. 歯磨きはどなたが行っていますか？

- 自分でしている 保護者がしている 保護者が仕上げ磨きをしている



13. よく飲むものは何ですか？

- お茶 ジュース 母乳 ミルク その他

14. 矯正に興味はありますか？

- ない ある（お悩み：_____）

15. 予約についてのご希望があれば教えてください。

- 来院できる時間帯： 午前 時頃 午後 時頃
来院できる曜日： 月 火 木 金 土 日

16. その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入ください。

当医院からのご予約確認の携帯メール配信をご希望になりますか？

- はい いいえ

※SMSでのメール配信となりますので、携帯電話番号が必要になります。メールアドレスは不要です。
（ご希望の方へは、予約の前日の8時頃にご予約確認のメールをお送りいたします。）
データ反映まで少し時間がかかりますので、あらかじめご了承ください。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得について

- 同意する 同意しない