

患者No. _____

問 診 票

記入日 20 年 月 日

| | | | | | | | | |
|-----|-------------|---|-----|-----|----|-------------|------|------|
| 受診者 | ふりがな | | | 男・女 | 愛称 | 生年 | 20 年 | 日生 |
| | お名前 | | | 第 子 | | 月 日 | 歳 | ヶ月 |
| | ご住所 | 〒 | | | 通園 | 幼稚園 保育園 | 組 | 学校 年 |
| | 自宅 (TEL) | | 携 帯 | | | メール アドレス | | |

* ご兄弟（姉妹）の受診について教えてください

| お名前 | 生年月日 | 性別 | 当院受診 | お名前 | 生年月日 | 性別 | 当院受診 |
|-----|--------|--------|-------------|-----|--------|--------|-------------|
| | 年 月 日生 | 男 女 | 無 有 年 月頃 | | 年 月 日生 | 男 女 | 無 有 年 月頃 |
| | 年 月 日生 | 男 女 | 無 有 年 月頃 | | 年 月 日生 | 男 女 | 無 有 年 月頃 |

* 診療を安心してお受け頂くため、お手数ですが以下の質問にお答え下さい（該当するものに○または記入をお願いします）。

■ どうなさいましたか？

- ①むし歯がある
- ②歯が痛い
- ③歯並びをみてほしい
- ④予防処置（フッ素 / シーラント / ハミガキ指導）
- ⑤乳歯が抜けない
- ⑥歯をぶつけた・けが
- ⑦検診希望
- ⑧その他（ ）

■ 今までに入院・手術を受けるような大きな病気にかかったことがありますか？

- ①ない ②ある（病名 ）

■ かかりつけの小児科・内科はありますか？

- ①ない ②ある（病院名 ）

■ 現在服用中の薬はありますか？

- ①ない ②ある（薬名 ）

■ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- ①ない ②ある（ ） ③わからない

■ 今まで歯医者さんへ行ったことがありますか？

- ①ある（ 才頃）
- 処置： ・治療 様子： ・上手にできた
- ・検診 ・泣いたができた
- ・その他 ・嫌がってできなかった
- ・その他（ ）

■ 何か癖はありますか？

- ・ない ・指しゃぶりをする
- ・爪を噛む ・唇を噛んだり触ったりする
- ・口を開けて眠る ・歯ぎしり
- ・その他（ ）

②ない

■ 主な保育者はどなたですか？

- ・父 ・母 ・祖父 ・祖母 ・左記以外の方

■ 当院をどこで知りましたか？

- ・家族が通っている
- ・知人の紹介（ご紹介者 様）
- ・ホームページ
- ・広告（看板 / 雑誌 / WEB）
- ・ご近所
- ・園や学校
- ・育児サロン等
- ・Instagram
- ・その他（ ）

■ お子様の性格は？

- ・神経質 ・恐怖心が強い
- ・のんびりしている ・甘えん坊
- ・我が強い ・人見知りをする
- ・落ち着きがない ・他（ ）

医療法人 恵仁会

