

患者No. _____

問 診 票

記入日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

受診者	ふりがな			男・女	愛	生 年	20 ____ 年 ____ 月 ____ 日	日生
	お名前			第 子	称	月 日		歳 ____ 月 ____ 日
	ご住所	〒 _____		通	幼稚園 保育園	組	通 学	学 校 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	自 宅 (TEL)	携 帯	_____	_____	_____	_____	_____	_____

* ご家族の受診について教えてください。

	お名前	当院の受診		お名前	当院の受診		お名前	当院の受診
父		有・無	兄弟 姉妹		有・無	祖父		有・無
母		有・無			有・無	祖母		有・無

* 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

