おこさま問診票

マユミ大人こども歯科

（小学生以下）　　ご記入日　　年　　月　　日

フリガナ お名前 愛　称	男・女	生年月日　　年　　月　　日（　　歳）
	ごきょうだい	・（　　）人きょうだいの（　　）番目 ・ひとりっこ
ご住所　〒		自宅電話
		携帯電話
		学校/幼稚園 /保育園名
保護者氏名		

ご来院のご都合のよい曜日・時間帯にチェックしてください

	月	火	水	木	金	土	日
午　前	休　診	□	□	休　診	□	□	□
午　後		□	□		□		
17:00以降		□	□		□	14:00まで	14:00まで

知り合いで当院を受診の方はいらっしゃいますか？

□ ご家族　□ ご近所　□ ご友人
□ 園・学校の関係者

どうなさいましたか？（複数回答可）

□ 歯が痛い・腫れている　□ 歯に穴があいた・欠けた
□ 歯ぐきが腫れている　□ 歯並びの相談
□ フッ素を塗ってほしい　□ 学校検診の結果
□ 口の中をケガした・歯を打撲した
□ 悪いところがないか調べてほしい
□ 悪いところをすべて治療してほしい

いつからですか？

□ 今日　□ （　　）日前から
□ その他（　　）

歯の麻酔をしたことはありますか？

□ ある（　　才頃）
□ ない

歯を削ったことはありますか？

□ ある（　　才頃）
□ ない

アレルギーはありますか？

□ ある・・・・・・・・・ □ 食べ物
□ お薬
□ ない

ケガをした時に、血が止まりにくかったことがありますか？

□ ある　□ ある
□ ない　□ ない

次の病気にかかったことはありますか？

□ 心臓病　□ 肝臓病　□ 腎臓病
□ 肺炎　□ 扁桃炎
□ はしか　□ インフルエンザ
□ ぜんそく　□ アトピー性皮膚炎
□ その他（　　）
□ ない

現在、他科の病院に通院されていますか？

□ はい・・・・・ 病　名：
病院名：　　病院
担当医：　　先生
□ いいえ

ご家族に歯並びの良くない人はいますか？

□ いる・・・・・ 関係：
歯並びの状態：
□ いない

歯科治療に対してお子様の様子は？

□ 上手にうけられると思う
□ 怖がっている・嫌がっている
□ 泣くと思う
□ とても抵抗すると思う
□ わからない
□ その他（　　）

泣いたりぐずったりして治療が困難な場合

□ 治療をやめてほしい
□ 様子をみながら進めてほしい
□ 押さえつけてでも（保護者・スタッフ）続けてほしい
□ その他（　　）

その他、ご相談や今までの歯科治療で不安・不満等があればご記入ください