



小児歯科診療問診票

カルテNo. _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな お名前	男 女	家庭での呼び方	
生年月日 <small>平成 令和</small> 年 月 日 (才 ヶ月)	身長	cm	体重 kg
ご住所 〒			
携帯電話番号 ()	—	※ 診療や検診の前日に、予約時間のご案内をメールでお知らせするサービスを実施しております。 当サービス利用に際し登録が必要になりますので、できる限り「メールアドレス」のご記入 をお願いいたします。 メールアドレスが不明の場合、当院から携帯電話番号へ送らせていただくショートメッセージ に貼付けられているメールアドレスに返信するだけで、簡単に登録が完了いたします。	
自宅電話番号 ()	—		
※ メールアドレス			
		ご記入・ご登録いただいた個人情報は、他の用途へは利用いたしません。	

当院へのご来院は？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある (ヶ月前) (年前)
当院をどのように お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> ご友人・ご家族からの紹介 (お名前： _____ 様) <input type="checkbox"/> ご近所 <input type="checkbox"/> 通勤、通学路 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 噛み合わせ <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> その他 (_____)
現在痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位： _____) (いつから： _____)
現在何か病気に かかっていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名： _____)
現在何か薬を服用して いますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬品名： _____)
今までに大きな病気や けがをしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名・けが： _____)
お薬や食べ物で アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____)
けがなどで血が止まりにくい ことがありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
以前に歯医者さんに かかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
以前に麻酔をしたことが ありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
妊娠中に病気や薬を服用 したことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)
お子様の性格は？	<input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 人見知りする <input type="checkbox"/> 恐怖心が強い <input type="checkbox"/> その他 (_____)
お子様が興味を持って いるものは何ですか？ (おもちゃ、TV番組などで)	
お子様について担当医が 知っておいたほうが良い と思われることや治療上 の希望はありますか？	

裏面に続きます。

西葛西杉井歯科クリニック

nishikasai sugii dental clinic

