

おこさま問診票

(小学生以下)

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前		男女	平成	年	月	日生		
			(歳)	ヶ月)		
ご住所	〒	自宅電話						
		保護者携帯電話						
保護者氏名		学校名						
		ごきょうだい	()	人きょうだいの	()	番目・ひとりっ子
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話		<input type="checkbox"/> 保護者携帯電話				

お手数ですが該当する箇所に チェックをつけてお答え下さい。

当院を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> 医院を直接見て <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 () 様) <input type="checkbox"/> インターネット・ホームページ <input type="checkbox"/> 看板など <input type="checkbox"/> その他 ()	次の病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 扁桃腺 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 (病名:) <input type="checkbox"/> ない
どうなさいましたか？ (複数回答可) <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯に穴があいた <input type="checkbox"/> 歯の打撲 <input type="checkbox"/> 口の中をケガした <input type="checkbox"/> 悪いところがないか調べてほしい <input type="checkbox"/> 悪いところすべてを治療してほしい <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい <input type="checkbox"/> 学校検診の結果 <input type="checkbox"/> その他 (具体的にご記入下さい)	現在、他のお医者さんにかかっていますか？ <input type="checkbox"/> はい (病名: 科名:) <input type="checkbox"/> いいえ
いつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> その他 ()	1日に何回、歯を磨きますか？ () 回) <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜
以前、歯医者さんで治療を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある () 才頃) <input type="checkbox"/> ない	クセはありますか？ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> 口で呼吸
その時の治療の様子はいかがでしたか？ <input type="checkbox"/> 上手にできた <input type="checkbox"/> 嫌がった <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 暴れた <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> その他 ()	歯科治療に対しお子様の様子は？ <input type="checkbox"/> 上手に受けられると思う <input type="checkbox"/> 怖がっている・嫌がっている <input type="checkbox"/> 泣くと思う <input type="checkbox"/> とても抵抗すると思う <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> その他 ()
歯を抜いたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある () 才頃) <input type="checkbox"/> ない	泣いたりぐずったりして治療が困難な場合 <input type="checkbox"/> 治療をやめてほしい <input type="checkbox"/> 様子を見ながら進めてほしい <input type="checkbox"/> 押さえつけてでも (保護者・スタッフ) 続けてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()
アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 食べ物) (<input type="checkbox"/> お薬) <input type="checkbox"/> ない	アゼリアキッズクラブへの加入について <input type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 加入しない <input type="checkbox"/> 話を聞いてみたい
ケガをした時、血が止まりにくかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	アゼリアデンタルクリニックでは、虫歯ゼロを目指して月1回フッ素を行っています。楽しく虫歯予防していきましょう。

診察に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入下さい。
