

◆ 小児用問診表 ◆

カルテNo.

ふりがな		男	生年月日	平成 年 月 日	歳
お名前		女	体重	k g	
ご住所	〒	お電話番号			
		携帯番号 (緊急連絡先として)			
当院をお知りになった理由は?	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 紹介者 _____ <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 電柱看板を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> その他 (_____)				

どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる ・ ズキズキ痛い ・ かむと痛い ・ 腫れた) <input type="checkbox"/> 歯をぶつけた <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 乳歯がなかなか抜けない <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 検診の為 次のいずれかに異常がある < <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 顎 (あご) > <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい/歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> フッ素希望 <input type="checkbox"/> シーラント希望 <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> その他 (_____)			どの部分が? <table border="1"> <tr> <td>左上</td> <td>上前</td> <td>右上</td> </tr> <tr> <td>左下</td> <td>下前</td> <td>右下</td> </tr> </table>			左上	上前	右上	左下	下前	右下
	左上	上前	右上									
左下	下前	右下										
いつ頃から?	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨夜から <input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々											
前回の歯科治療を受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 他院で (_____ 年 _____ 月前)											
その時の感想は?	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しくかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 通院が便利 <input type="checkbox"/> 説明がわからなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 (_____)											
麻酔の経験は?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある											
以前に歯を抜いた事は?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → その時異常がありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 麻酔が効かなかった <input type="checkbox"/> その他 (_____)											
現在の健康状態は?	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良											
今までにかかった病気は?	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他 (_____)											
次のようなことはありますか?	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンが出やすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)											
現在飲んでいる薬は?	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※薬名がわかる方はご記入ください。 (_____)											
薬のご希望	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 細粒											
予防について	◆シーラント <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない ◆フッ素 <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない											
歯みがきについて	◆歯みがきは好きですか? <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 好きじゃない ◆フッ素入りの歯みがき粉は使っていますか? <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> わからない											
診察についてのご希望	<input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院回数は増えても、一度の治療は少しずつしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> キッズスペースのある診療台を希望する <input type="checkbox"/> 個室での診療を希望する											
予約についてのご希望	◆来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 _____ 時頃 _____ <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時頃 _____ ◆来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日											

※その他、気になることや、ご希望がございましたら、ご記入下さい。



※当院は「医療の透明化」をコンセプトに診療を行っております。費用・内容・回数など気軽にご相談下さいませ。