

お子さまの問診票

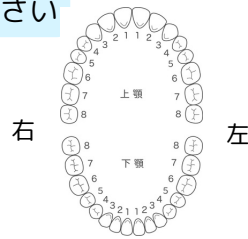
記入日 令和____年____月____日

フリガナ 氏名	-----	男・ 女	住所	〒
生年月日	平・令 年 月 日(才)		電話番号	
フリガナ 保護者氏名	-----		愛称	

今日はどうなさいましたか?(当てはまるもの全てにチェックしてください)

- 歯が痛い 虫歯がある 詰め物が取れた 乳歯が抜けない
歯並びの相談 歯茎からの出血 歯をぶつけた クリーニング
検診 フッ化物塗布 その他()

どのあたりですか?
丸で囲んでください



現在または過去にかかった病気について。
(当てはまるもの全てにチェックを入れて下さい)

- 既往歴なし
心臓の病気 血液の病気 ぜんそく 肝臓の病気 アレルギー()
鼻の病気 腎臓疾患 その他 ()

上記でチェックされた方で、かかりつけの病院がありますか?

お薬でアレルギーはありますか?

- 病院名() 担当医 () いいえ はい お薬名()

現在服用中のお薬はありますか?

- いいえ はい(お薬名)

今までに歯の治療経験はありますか?(当てはまるものにチェックを入れてください)

- ある 治療が上手に受けれる 治療経験はないが一人でチェアに座れる
保護者と一緒になら座れる 泣いてしまう 初めての治療 その他()

治療希望について

- 希望する所のみ治療して欲しい 悪い所は全部治療して欲しい 子どもが泣いたら治療を辞めて欲しい

歯磨き指導を希望されますか?

- いいえ はい
説明を聞きたい

フッ化物塗布を希望されますか?

- いいえ はい
説明を聞きたい

シーラント処置(予防法)を希望されますか?

- いいえ はい
説明を聞きたい

定期健診をご希望されますか?

- いいえ はい

「はい」と回答された方へ案内をご希望されますか?

- 不要 必要

診察券はアプリ、紙のどちらがよろしいでしょうか?

- アプリ 紙

御家族でどなたかハーミー歯科に
通院された事がある方はいらっしゃいますか?

- お名前() 続柄 ()
お名前() 続柄 ()

その他、担当医に知らせたい事、ご希望がありましたらお書きください。

()

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。