



問診表（小児用）

No. _____

ご記入日 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日		
お名前			男・女	H・R	年 月 日生	才
	身長	cm	体重	kg		
現住所	〒					
連絡先TEL	自宅					
	携帯					
	携帯持ち主（		）連絡可能時間帯（			

当クリニックでは、お子様の健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。
お手数ですが、下記の質問へご回答をお願いいたします。

■当クリニックをどのようにお知りになりましたか？（複数回答可）

- ホームページ 家・職場が近いから
 知人からの紹介（お名前） 口コミを見て・聞いて
 家族の勧め（お名前） 看板を見て
 その他（）

■来院された理由をお聞かせください。（複数回答可）

- 歯が痛い 歯がしみる 虫歯がある 詰め物・被せ物が取れた
 歯ぐきが痛い 歯ぐきが腫れた 歯ぐきから血が出る
 あごの調子が悪い 歯並びが気になる 詰め物・銀歯を白くしたい
 クリーニング希望 定期健診
 その他（）

■気になる部位に○または☑をしてください。（複数回答可）

右上	上前	左上	
右下	下前	左下	

特になし 右あご 左あご

■どのような治療をご希望ですか？（複数回答可）

- 今痛いところだけ、希望するところだけ治したい この機会に悪いところは全て治したい
 保険の範囲で治したい 保険範囲外でも良い材料と方法で治したい
 相談して決めたい 応急処置のみ希望（他院に通院中等）
 その他（）

恐れ入りますが引き続き裏面もご記入ください

■今までに大きな病気やケガをされた、現在通院・治療中の病気はありますか？（複数回答可）

特になし

- 糖尿病 心臓疾患（ ） 脳血管疾患（ ）
呼吸器疾患（ ） 腎臓疾患（ ） 肝臓疾患（ ）
血液疾患（ ） 甲状腺疾患（ ） てんかん
その他（ ）

■現在内服している薬はありますか？

- いいえ はい（薬名 ）

■ジェネリック薬品の希望

- 希望します 希望しません どちらでも良い

■食べ物や薬・金属等でアレルギーがありますか？

- いいえ はい（具体的に ）

■歯科治療や検診を受けた事がありますか？

- 初めて 受けたことがある（前回の受診 頃）

■歯磨きはいつしますか？（複数回答可）

- 朝 昼 夜 就寝前 その他（ ）

■歯磨きをしないで寝てしまう事がありますか？

- よくある 時々ある ほとんどない ない

■ご家族による仕上げ磨きはしてますか？

- いいえ はい

■ご都合の良い曜日・お時間帯に○または☑をしてください（複数回答可）

	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						

- いつでも可
平日
土曜日

※ご予約の際考慮させていただきますが、ご予約状況によりご希望に添えない事もありますのでご了承ください。

■当クリニックへの治療に関してご希望がありましたらお書きください。

（ ）

※この資料は、個人情報保護法に基づき取り扱いさせて頂き、秘密を厳守するとともに、
歯科診療以外の目的には使用することはございません。ご了承頂けますようお願い致します。

ご記入ありがとうございました