

小児歯科質問票

※あなたの情報を、予約の確認および変更等のご連絡に使用させて頂くことがあることを予めご了承ください。

◎ この調査は治療上の参考とし、他に公表などは致しません。

(フリガナ)

お子様の氏名 _____ (男・女) _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 _____ ヶ月

お子様の住所 〒 _____ Tel _____

記入者氏名 _____ 年齢 _____ 歳 お子様との関係 _____

1、どうなさいましたか？

- 痛む歯がある 歯に穴が開いた 悪いところがないか調べてほしい 定期検診希望
 フッ素を塗ってほしい はならびが気になる その他 (_____)

2、通園あるいは通学していますか？

- はい (施設の名称 _____ 年 _____ 組) いいえ

3、家庭での呼び方 _____

(未就学児のお子様)

普段の主な保育者は、どなたですか？

- 父 母 祖父母 保育士 その他

4、お子様の性格は

- 神経質 のんびりしている 人見知り こわがり

5、現在、他のお医者さんにかかっていますか？ (風邪、鼻炎、アトピー性皮膚炎など)

- はい (病名 _____ 病院名 _____) いいえ

6、下記にある病気にかかったことがありますか？ また、それは何歳頃ですか？

病気	年齢	病気	年齢	病気	年齢
心臓の病気		インフルエンザ		黄 疸	
腎臓の病気		へんとう腺		アトピー性皮膚炎	
肝臓の病気		はしか		薬のアレルギー	
胃の病気		結 核		食べ物のアレルギー	
肺 炎		ぜんそく			

7、この機会に今回は

- 悪いところは全部治したい 痛いところだけでよい むし歯予防希望 (フッ素など)
 キッズケアクラブ (予防歯科プログラム) の説明をききたい。

◎ ご紹介者が、おられましたらお知らせ下さい。

_____ 様

◎ 治療上希望されることがあったら遠慮なく記入して下さい。

※何か気になることなどありましたら、お気軽に歯科医師、スタッフまで、ご相談くださいませ。

(まつうら歯科クリニック、院長、スタッフ一同より)