

問診票 (15才未満) ↓印刷してご記入ください (初診:R 年 月 日) No.

ふりがな		
ご氏名:	男・女 ( 才 )	H 年 月 日生
〒.....		
ご住所:	お電話:	
同伴者	緊急連絡先:	お電話:

診療の参考にいたしますので、以下の事柄についてお答えください。

◆どうなさいましたか?..... \_\_\_\_\_

◆歯科治療の経験はありますか?..... ない ある

◆全身状態について

○内科または小児科に通院中ですか?..... はい いいえ

(「はい」の方) 病院名 \_\_\_\_\_ ( 科 ) 担当医 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_ 処方 \_\_\_\_\_

○以下の病気にかったか、予防接種を受けたことがありますか?

喘息 はしか おたふく風邪 風疹 水疱瘡 その他( \_\_\_\_\_ )

○けがをした時、血が止まりにくいですか?..... はい いいえ

○アレルギーがありますか?..... はい いいえ

○じんましん、湿疹がでしやすいですか?..... はい いいえ

◆食事について .....時間..... 不規則 規則的

好き嫌い..... ある ほとんどない

◆間食について .....時間..... 不規則 規則的

回数..... 不規則 規則的 (1日 回)

◆次のような癖がありますか?

いつも口が開いている おしゃぶりを使う 指をしゃぶる

鉛筆や毛布などをかじる 歯ぎしりをする 唇をかむ

◆家族構成について 父 母 祖父 祖母 その他同居者( \_\_\_\_\_ )

兄 人 姉 人 弟 人 妹 人

◆おうちでは何と呼ばれていますか?..... \_\_\_\_\_

◆治療に関するご希望..... 気になっているところだけ治療して欲しい

悪いところがあればすべて治療して欲しい

◆当院をどこでお知りになりましたか? 看板 インターネット

その他(.....) 紹介(紹介者.....)