

# おこさま問診票

年 月 日受付

(小学生以下)

カルテNo. \_\_\_\_\_

フリガナ		ニックネーム	男・女	平成 年 月 日生
お名前				( 歳 ヶ月)
ご住所	〒	自宅電話		
		携帯電話		
保護者氏名		Email	@	
学校名		ごきょうだい	( )人きょうだいの( )番目	・ひとりっ子
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> Email
			午前/午後	時頃

お手数ですが該当する箇所に☑チェックをつけてお答え下さい。

当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 人に紹介された(教えてもらった) [ 様より] <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> その他( )
どうなさいましたか? (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯に穴があいた <input type="checkbox"/> 歯の打撲 <input type="checkbox"/> 口の中をケガした <input type="checkbox"/> 悪いところがないか調べてほしい <input type="checkbox"/> 悪いところすべてを治療してほしい <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい <input type="checkbox"/> 学校検診の結果 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入下さい) ( )
いつからですか?	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> ( )日前から <input type="checkbox"/> その他( )
以前、歯医者さんで治療を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ある( 才頃) <input type="checkbox"/> ない
その時の治療の様子は いかがでしたか?	<input type="checkbox"/> 上手にできた <input type="checkbox"/> 嫌がった <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 暴れた <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> その他( )
歯を抜いたことはありますか?	<input type="checkbox"/> ある( 才頃) <input type="checkbox"/> ない
アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 食べ物 ) ( <input type="checkbox"/> お薬 ) <input type="checkbox"/> ない
ケガをした時、 血が止まりにくかったことが ありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

(裏面に続く)

次の病気にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 扁桃線 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他(病名: _____ ) <input type="checkbox"/> ない
現在、他のお医者さんにかかっていますか？	<input type="checkbox"/> はい(病名: _____ 科名: _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ
1日に何回、歯を磨きますか？	( _____ )回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜
仕上げ磨きをしていますか？	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
補助器具は何を使用していますか？	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他( _____ )
クセはありますか？	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> □□で呼吸
主な嗜好品は何ですか？ (おやつや飲み物など)	
ご家族に歯並びの良くない人がいますか？	<input type="checkbox"/> いる(関係: _____ 歯並びの状態: _____ ) <input type="checkbox"/> いない
歯科治療に対し お子様の様子は？	<input type="checkbox"/> 上手に受けられると思う <input type="checkbox"/> 怖がっている・嫌がっている <input type="checkbox"/> 泣くと思う <input type="checkbox"/> とても抵抗すると思う <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> その他( _____ )
泣いたりぐずったりして 治療が困難な場合	親の同伴を希望しますか？ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 治療をやめてほしい <input type="checkbox"/> 様子を見ながら進めてほしい <input type="checkbox"/> 押さえつけてでも(保護者・スタッフ)続けてほしい <input type="checkbox"/> その他( _____ )
フッ素塗布の経験について	<input type="checkbox"/> フッ素を塗ったことがある <input type="checkbox"/> ない
フッ素塗布の希望について	<input type="checkbox"/> フッ素を希望する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> どちらでも構わない
診察に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入下さい。	