

【問診表（小児用）】

（お願い）当院では、お子様の歯の健康を守り、よりよき治療をさせていただくために、次の事項にお答えいただいております。該当するものにチェックをおつけ下さい。

ふりがな
お名前 男・女 生年月日 年 月 日生

〒 電話（携帯）
住 所 （自宅）

家での愛称 才 ヶ月

（お知らせ等をお送りすることがございますのでご記入下さい）

E-MAIL

どうなさいましたか 歯が痛い・しみる（上前・下前・右上・右下・左上・左下）
歯ぐきがはれた できものが口の中にできた
つめものが取れた 歯石をとってほしい
歯ならびをなおしたい 歯の健康診断をしたい
虫歯の予防をして欲しい
その他（ ）

薬の副作用、アレルギー - ない
特別な体質はありますか ある（どんなものに ）

過去または現在 ない
大きな病気にかかった事 ある（ ）
がありますか

歯のみがき方の指導を はい
希望しますか いいえ

当院をどのようにして 紹介（ ）様）
お知りになりましたか 電柱・駅看板・タウンページ・インターネット
（○で囲んで下さい） 雑誌 通りがかり その他（ ）

時間のご希望がございましたか 月 火 水 木 金 土 日
（○で囲んでください） 午前 午後 夜（6時以降）

今までの歯科治療、又は今後の治療にあたりご意見ご要望等がございましたらご記入下さい。