

【ご質問（小児用）】 ご記入日 年 月 日

（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 平成 年 月 日生

〒
住 所 才 ヶ月

電 話
携帯電話 e-mail @

どうなさいましたか？（複数回答可）

右上	上前	左上
右下	下前	左下

- 歯が痛い・しみる
- 歯ぐきがはれた
- つめものが取れた
- 歯ならびをなおしたい
- 虫歯の予防をして欲しい
- できものが口の中にできた
- 歯石をとってほしい
- 歯の健康診断をしたい
- フッ素を塗りたい（オーラループ）
- 歯のみがき方の指導を希望
- その他（)

過去または現在大きな病気にかかったことはありますか？

- ない
- ある（)

現在お薬を飲んでいる

- はい（お薬の名前：)
- いいえ

薬の副作用、アレルギー、特別な体質はありますか？

- ない
- ある（どんなものに)

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか？

- ない
- ある（)

当院を知ったきっかけ

- 近所 / 通りがかり
- 医院を直接見て（看板など）
- Net 検索（検索ワード)
- ホームページを見て
- 家族の紹介（) 様
- 知人の紹介（) 様
- その他（)
- 紹介者の方へお礼のハガキを送ってもよろしいですか？（ はい・いいえ)

□患者さん説明、歯科医療発展のために写真などを学会・ホームページ等で使用させていただくことがあります。（個人が特定されるようなことはありません）ご協力お願いいたします。

□問診票の個人情報は厳正に管理されます。