

# おこさま問診票

No1

H . . .

記入



フリガナ	ニックネーム			男	平成	年	月	日生
お名前				女		(	才	カ月)
ご住所	〒	電話番号			(	)		
ごきょうだい	(	)人きょうだいの第(		)子	ご紹介者			

どうなさいましたか？(複数回答可)

- 歯が痛い
- 歯ぐきが痛い
- 歯の磨き方を聞きたい
- 検診用紙をもらった
- 歯に穴が開いた
- 悪いところがないか調べてほしい
- 歯並びの相談
- その他 {
- 歯を打った
- 臭が気になる
- フッ素を塗ってほしい

それはいつからですか？

- 今日
- ( )日前から
- その他( )

現在通院している病院はありますか？

- はい → 病名( ) 病院名( ) ・ いいえ

現在何かお薬を常用していますか？

- はい → お薬の名前( )
- いいえ

過去に麻酔注射を打ったことがありますか？

- はい ・ いいえ

上記ではいと答えた方に質問です。

その時何か気になる事や異常がありましたか？ あれば詳しく教えてください

次の病気にかかったことはありますか？

- はしか
- 水ぼうそう
- おたふくかぜ
- 風疹
- 百日咳
- その他( )

体質についてお聞きます。

- ・アレルギーはありますか？ ない ・ ある  薬  食品( )  その他( )
- ・内臓の病気はありますか？ ない ・ ある  心臓  腎臓  肝臓  その他( )
- ・ぜんそくはありますか？ ない ・ ある



今までに歯科治療を受けたことはありますか？あればその時の様子を教えてください。

- ある( )才ころ
  - 上手にできた
  - 嫌がった
  - 泣いた
  - 暴れた
  - わからない
  - その他 ( )
- ない

お子様のクセについて教えてください。(複数選択可)

- 特にない
- 指しゃぶり
- 唇をかむ
- 爪をかむ
- 歯ぎしり
- で息をする
- が開いている
- 舌が出ている
- 頬杖をする
- その他 ( )

歯科治療に対しお子様が泣いたりぐずったりした場合

- 治療をやめてほしい
- 様子を見ながら進めてほしい
- 押さえつけてでも続けてほしい
- その他 ( )

治療について

- 今痛い歯だけ治療してほしい
- 悪いところは全部なおしてほしい
- 虫歯治療と一緒にみがき指導やフッ素塗布をしてほしい
- その他( )

当院のホームページをご覧になられたことはありますか？

- ホームページがある事を知っていて見たことがある
- ホームページがある事は知っているが見たことはない
- ホームページの存在を知らない

その他ご希望等ありましたらご自由にお書きください