記入日　　　年　　月　　日

小児問診表

必要と思われる場合はふりがなをお願いします

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(男・女)　愛称＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 T・S・H　　年　　月　　日　　才

ご住所〒8　　-　　　（中間市・北九州市八幡西区・鞍手町・遠賀郡水巻町・芦屋町・遠賀町・岡垣町）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号（　　）　　-　　　　携帯電話（０　０）　　-

++++++++++++++

1　どうなさいましたか？　　　　【以下の設問であてはまるもの全てに〇をつけて下さい】

a)虫歯がある　　b)歯が痛い　　c)歯ぐきが腫れている　　d)検査をしてほしい

e)歯並びが気になる　　f)予防をしてほしい

g)歯磨き指導をしてほしい　　j)その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　歯の治療を受けるのは初めてですか？　　　**はい・いいえ**

3　当医院は初めてですか？　　　**はい・いいえ**

4　この病院へいらっしゃった理由は？

a)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿さんのご紹介（できればフルネームでご記入ください）

b)以前来院したことがあるから　　c)近いから　　d)その他＿＿＿＿＿＿

5　次の病気にかかったことはありますか？　　　**はい・いいえ**

a)心臓疾患　　b)喘息　　c)アレルギー（食品・薬・金属）

d)その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

6　治療をするにあたって、聞いておきたいことは何ですか?（複数回答可）

a)治療期間を教えてほしい

b)治療費の概算を教えてほしい

c)治療内容を教えてほしい

7　お子様の乳歯の治療に対するあなたの考え方をお聞かせください（複数回答可）

a)医者が治したほうが良いと思うところは全部治そうと思う

b)他に悪いところがあっても自分が希望するところだけを治したい

c)乳歯は生えかわるので痛いところだけ治療したらいいと思う

d)治療は必要だと思うが・・・(恐がりなので・お金が・時間が・etc)

e)子供が泣いたら 治療をやめてほしい

f)子供が泣いても治療してほしい

8　治療を受けたいドクターがおりましたら名前に〇をつけてくださ　　院長・副院長・井ノ上

9　その他、伝えたいことがございましたらお書きください

《お願い》治療前２時間は、食事を控えるようにしてください
治療前に、歯磨きとトイレをすませておいてください