

☆かわはら歯科医院 問診票(子供)☆

受診日 年 月 日

ふりがな			生年月日		
お名前		男・女	平成 令和	年	月 日 (歳)
ご住所	〒				
保護者	ご自宅	—	—	学校・学年	
電話番号	携帯番号	—	—	ご紹介者	様

※ご連絡無しのキャンセルの場合や緊急時には当院からお電話させていただきます

- * 今回来院された理由は何ですか？
 - むし歯があるかみてほしい
 - むし歯を予防したい
 - 歯が痛い
 - 検診などで受診をすすめられた
 - フッ素をぬってほしい
 - その他 ()
- * お子様は今までに歯の治療を受けられたことがありますか？
 - はじめて
 - 検診はある
 - 以前にある → その時は(問題なくできた・泣いたり嫌がったりした・あばれたりしてできなかった)
- * 今日のお子様はどのような状態だと思われますか？
 - あまり気にしていない様子
 - 少し不安があるよう
 - 非常に嫌がっている
- * お子様の治療中に泣いたり暴れた場合、どうされますか？
 - 様子を見ながら続けてほしい
 - やめてほしい
- * フッ素をぬったことがありますか？
 - ない
 - ある(前はいつごろ?)
- * 今までに重い病気にかかられた事がありますか？
 - ない
 - ある (歳頃 病名)
- * 現在、他にかかっているお医者さんはありますか？
 - ない
 - ある (何で 病院名)
- * 現在飲まれているお薬はありますか？
 - ない
 - ある ()
- * 主にお子様の世話をされているのはどなたですか？
 - 父
 - 母
 - 祖父母
 - その他()
- * 当院へのご要望や伝えておきたいことなどありましたらご記入ください