

小児用問診票

記入日R 年 月 日

ふりがな

氏名 男・女 平・令 年 月 日 (才)

住所 〒

TEL:

メールアドレス

不要

定期検診や治療の2日前に日時の確認や、キャンセル待ちなどの連絡を致します。メール登録のご協力をお願い致します。

【本日はどうなさいましたか - いつから、部位、症状、どんな時に痛みがあるか - 】

【生活習慣】

歯磨きはいつされますか 食後 (朝 昼 夜) そのうち仕上げ磨き () 回
 フロス使用 あり なし
 食生活について よく飲む物 お水 お茶 ジュース ポカリ 他 ()
 間食 不規則 規則的 あまりしない

【既往歴】 (過去にかかった病気も○をつける)

治療中の病気 あり (病名: 病院名: なし)
喘息 貧血 胃腸 肝炎 (型) その他 ()
 飲んでいる薬 あり (名前 なし)
 手術の経験 あり (いつ 病名 なし)
 アレルギー あり (薬 食物 金属・ゴム なし)
 血が止まりにくいことがありますか あり なし

【歯科既往歴】

歯医者さんに行った事はありますか あり なし
 歯医者さんで治療をした事はありますか あり なし
 麻酔の経験はありますか あり なし その時異常は あり (なし)

【フッ素塗布について】

フッ素塗布を希望されますか はい いいえ
 自宅でフッ素用品を使っていますか はい いいえ

【その他 ご希望や特記事項があればご記入お願いいたします】

【当院は何で知りましたか】

紹介 (お名前) 家族 ホームページ 近所 その他 ()

【アンケート】興味があるものにチェックをお願いします

キシリトールについて 口腔ケア用品について (歯ブラシやフロスなど)
フッ素について 仕上げ磨き 歯並び・矯正 指しゃぶり・ぼかかん口・発音

ご協力ありがとうございました

あおだ歯科クリニック
aoda dental clinic