秋本スマイル歯科　笑顔に自信と輝きを

小児問診票（12 歳まで）　　記入日：　　年　　月　　日

ふりがな 氏名：	生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）
現住所：	
ふりがな 保護者氏名：	保護者連絡先：
当院をどのようにしてお知りになりましたか？（該当するものに✓をしてください） ☐通りがかり　☐ご家族・ご友人の紹介　☐看板　☐ネット検索(google 検索など) ☐歯科ポータルサイト　☐その他（　　）	

① ご来院の理由をお書きください

☐通りすがり　☐紹介　☐☐看板　☐歯科ポータルサイト

② 注意事項があれば教えてください（例：初めての歯医者さん、こわがり屋さんなど）

③ アレルギー　☐なし　☐あり（薬剤：　　、食品：　　）

④ 麻酔で気分が悪くなったことはありますか？　☐麻酔経験なし　☐なし　☐あり

⑤ 歯磨きについて教えてください：
☐1 日　　回（朝・昼・晩・寝る前）　☐仕上げ磨き（あり・なし）　☐フッ素塗布（あり・なし）

⑥ 治療のご希望について教えてください（複数選択可）：

☐歯の予防（歯磨きなど）について教えてほしい
☐お口の成長・発育について知りたい
☐虫歯や歯周病になりやすいか調べたい
☐歯並び・噛み合わせについて教えてほしい
☐その他（　　）

⑦ その他、気になることやご希望をご記入ください（例：小さい子供がいるので子守をお願いしたいなど）

ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた内容は患者様の安全と健康のために活用させていただきます。