

問 診 表

年 月 日 記入

ふりがな：

氏名： _____ 生年月日： _____

現住所： _____ ご年齢： _____ 歳

ふりがな：

保護者連絡先： _____ 保護者氏名： _____

①ご来院の理由をお書きください

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（薬剤アレルギー： _____ 、食品アレルギー： _____ ）

④麻酔で気分が悪くなったことなど、不安なことはありますか？

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（複数回答可）

将来にわたって健康でいられるための最善の治療を受けたい

歯の予防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

小児矯正について知りたい

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