



近藤歯科クリニック
小児問診表



フリガナ お名前	生年月日 (満 歳) 性別
ご住所 〒	平成 年 月 日 男・女
ご住所 〒	電話番号 ご両親の 携帯電話番号
学校名	メールアドレス @

はじめにみなさまのこと・これからの治療計画に関するご質問にお答えください

※みなさまのご要望をきちんと知りたいので、できるだけ正確ににチェック、または()にご記入ください

1	本日は どうされましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・作りたい <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 矯正について相談したい <input type="checkbox"/> その他()
---	-----------------------------	--

2	当院をどのように お知りになりましたか？ (最も近い理由に1つ)	<input type="checkbox"/> ウェブサイトを見て (<input type="checkbox"/> 一般サイト<黄色>を見て) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(様) <input type="checkbox"/> 矯正サイト<ベージュ色>を見て) <input type="checkbox"/> 家族からの紹介(様) <input type="checkbox"/> 歯周病サイト<青色>を見て) <input type="checkbox"/> 会社から近いから <input type="checkbox"/> その他<口コミサイト>を見て) <input type="checkbox"/> 自宅から近いから <input type="checkbox"/> その他()
---	--	--

3	最後に歯医者へ 行ったのはいつですか？	<input type="checkbox"/> 他の医院で (年 月 日前) <input type="checkbox"/> 当院で (年 月 日前) <input type="checkbox"/> 覚えていないほど、期間が空いている <input type="checkbox"/> 歯科は初めて
---	------------------------	--

4	どのような治療を ご希望ですか？	<input type="checkbox"/> 痛いところだけ治して欲しい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> その他()
---	---------------------	--

5	治療の費用について お聞かせください。	<input type="checkbox"/> とにかく費用を抑えて治療をすすめていきたい。 <input type="checkbox"/> 費用を抑えた上で、審美性・耐久性・安全性を考慮した治療をすすめていきたい。 <input type="checkbox"/> 費用に関わらず、自分の状態にあった治療をすすめていきたい。
---	------------------------	---

6	お子様の 今の歯並びについて お聞かせください。	<input type="checkbox"/> 子供の歯並びは整っており、今後も子供の歯の矯正を行う予定はない <input type="checkbox"/> 今は矯正治療を行う予定はないが、治療費用についてなど色々聞いてみたい <input type="checkbox"/> 現在の歯並びの状態を見てもらって、矯正治療を行うかどうかを決めたい <input type="checkbox"/> 現在の子供の歯並びが気になるので、詳しく話を聞かせてほしい <input type="checkbox"/> 子供の歯並びは整っているが、将来を見据えて今のうちから矯正をしておきたい
---	--------------------------------	--



次面に続きますので、あわせてご記入お願いいたします

お子様のお口のことだけでなく、全身の健康状態についてお聞かせください

1	今までに次の病気になったことはありますか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 皮膚病 <input type="checkbox"/> 膠原病(リューマチ等) <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> その他()
2	現在の健康状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 特に問題はない <input type="checkbox"/> 他の医院(内科・外科)に通院している 病名() <input type="checkbox"/> その他()
3	アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー <input type="checkbox"/> その他_____)
4	麻酔をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 特に異常はなかった <input type="checkbox"/> 異常があった)
5	現在服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬剤名 _____)
6	間食はしますか？	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則
7	睡眠時間は？	1日平均()時間
8	歯磨き習慣について	【時間帯】 <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 【1回の時間】 約()分 【使うもの】 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他()

当院に対するご要望をお聞かせください

(例:なるべく痛くない治療をしてあげてほしい・歯磨きの習慣をつけてほしい、など) ※特に無ければご記入は不要です。



ご予約が取りづらい場合もございますので、あらかじめご希望の通院日をお聞かせください。

通いやすい曜日、時間を○△×で記入してください※土曜日と平日16時～以降は予約が取りづらくなっております。

- 通いやすい
- △ 日によっては通える
- × 通院困難

	月	火	水	木	金	土
9:00～12:30						
14:00～16:00						
16:00～18:30						