近藤歯科医院
Kondo Dental Clinic

問診票(0歳～中学生)

ご記入日　　年　　月　　日

ふりがな
氏名　　（男　女）　**生年月日**　　年　　月　　日（　　歳）

お子様の愛称

住所　〒

TEL　　Email

血液型　□A　□B　□ AB　□O　□不明

ご来院の理由

□検診希望　　□フッ素塗布希望
□虫歯（部位：　　痛い/痛くない）　□ 歯ぐきが痛い・腫れた　（部位:　　）
□できものができた （部位:　　）　□ 歯が痛い・違和感　（部位：　　）
□ 歯並びが気になる
□その他(　　)

① 歯科受診歴はありますか？　□いいえ　□はい（いつから　　）
② 歯科で麻酔注射をしたことはありますか？　□いいえ　□はい（いつ　　）
③ 歯科で麻酔注射をして異常があったことはありますか？　□いいえ　□はい
④ 体に合わない薬はありますか？　□いいえ
□はい（薬品名：　　）
（症状：　　）
⑤現在服用しているお薬はありますか？
□いいえ
□はい（薬品名：　　）（お薬手帳持参：　あり/なし）
⑥ アレルギーまたはぜんそくはありますか？
□いいえ
□はい（具体的に　　）
⑦今までに大きな病気にかかったことはありますか？
□いいえ
□はい（病名：　　）
⑧ 血が止まりにくいと言われたことはありますか？　□いいえ　□はい
⑨ 妊娠中・出産時に異常はありましたか？　□いいえ　□はい
⑩ 癖はありますか？　□指しゃぶり　□爪かみ　□その他（　　）
⑪ 仕上げ磨きはしていますか？　□いいえ　□はい
⑫ よく食べる食べ物・飲み物（複数回答可）
□あめ　□ガム　□グミ　□ソフトキャンディ　□クッキー　□チョコレート　□おせんべい
□牛乳　□清涼飲料水　□スポーツドリンク　□ジュース　□その他（　　）
⑬お子さまの性格で伝えておきたいことはありますか？

⑮ ご予約の時間帯や曜日等のご希望がありますか？（　　）
⑯ 当院をどのようにお知りになりましたか？　通りかがり / 以前から知っていた / ホームページ
ご紹介（　　様　ご関係:　　）
その他（　　）
⑰必要に応じてフッ素塗布・レントゲン撮影をすることにご同意いただけますか？　□いいえ　□はい
（レントゲン撮影前には必ず保護者の方に再度口頭で確認いたします）
⑰ご要望等