

アップル歯科(こども版 11才まで) 問診票

(フリガナ) お名前		ニックネーム	男 女	平成 年 月 日生	年齢 才
自宅住所 〒					
自宅電話 ()			携帯電話 ()		
メールアドレス (予約の確認及び変更などのご連絡に使用させていただきます) ①. はい ②. いいえ @					
世帯主名 (又は保護者)	続柄	職業	連絡先		
学校名	小学校 幼稚園 保育園		電話 ()		
通院に便利な曜日と時間帯 曜日 時頃					

以下の質問にできるだけ正確にお答え下さい。当歯科医院ではあなたの健康を保持するためにお役に立ちたいと考えています。言葉及び〇印を記入して下さい。

① 今日はどうされましたか？ (簡単に結構です)

症状
部位 (〇をうってください)

1. 前歯 上 2. 奥 右上 左上
下 右下 左下

いつ頃から

1. 歯が痛む 5. 歯ならびの相談
2. 歯がしみる 6. 歯垢とり希望
3. ぐらぐらの歯がある 7. 検診希望
4. 歯ぐきが腫れた 8. フッ素希望

② 歯科医院は初めてですか？

1. はい 2. いいえ
いいえの方
最近通っていた歯科医院(医院名)

③ 当院をどのように知りましたか？

1. 看板をみて A. 歯科医院の看板 B. 駅の看板 C. 電柱の看板
2. 電話帳をみて
3. インターネットをみて(ホームページ/フェイスブック)
4. 知り合いからの紹介で ()
5. 医療機関からの紹介(歯科医院)
6. 評判をききつけて

④ 現在、病気・障害等がありますか？

1. ない
2. ある ()

⑤ 当院までの通院手段は？

1. 車で 約 分 2. 徒歩で 約 分
3. 自転車で 約 分 4. 電車で 約 分

⑥ お薬(麻酔も含めて)、食べ物、アクセサリ-のアレルギーはありますか？

1. はい
わかれば、アレルギーをおこすお薬、食べ物の名前を教えてください ()
2. いいえ

⑦ 歯みがきは1日何回しますか？

1. ほとんど歯みがきをしない
2. たまに歯みがきをする
3. 毎日、朝・晩2回歯みがきをする
4. 毎日、1回歯みがきをする

⑧ 甘いものが好きですか？

1. ほとんど毎日甘いものを食べる
2. 2~3日に1度くらい甘いものを食べる
3. 1週間に1回くらい甘いものを食べる
4. 甘いものが好きではない

⑨ 歯ならびについて気になることがありますか

1. 歯ならびについて先生に相談したい
2. 歯ならびはいいので、問題ないと思う
3. 歯ならびはよくないが、気にしたことはない
4. 矯正治療に興味がある

⑩ お母さんから、歯科医師にお子さんの歯のことで何か相談したいことがあれば、お書き下さい。(歯ならび、むし歯、歯肉の状態、歯ぎしりなど)

⑪ お子様に対してどういった治療方法をお望みですか？(おさえつけない・おさえでも希望・やさしくなど)

⑫ はいけ歯科主催のキッズクラブに興味はありますか？

1. ある 2. ない

医療法人颯真会



アップル歯科
Apple Dental Clinic

ご回答ありがとうございました。
治療をすすめる上で参考にさせていただきます。