

# 問診表 (中学1年生～高校3年生) 記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日(西暦)
お名前 _____ 男 ・ 女 _____	年 月 日 ( ) 歳
ご住所 郵便番号( _____ )	
お電話番号 自宅 or 携帯 ( _____ ) - ( _____ ) - ( _____ )	
就学状況 <input type="checkbox"/> 中学生( 年生) <input type="checkbox"/> 高校生( 年生)	
※ご予約日前に、予約日時のお知らせメールを送信しております。	
メールアドレスをご記入ください _____ @ _____	
ご記入者様が保護者様の場合	
フリガナ	
お名前 _____ 続柄 _____	

1. 差し支えなければ ご紹介者を教えてください	( _____ )様 からのご紹介 【ご関係】 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ご友人 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
2. 歯科医院を受診したことは ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( _____ ヶ月ぶり位) または ( _____ 年ぶり位)
3. どこに症状がありますか	<input type="checkbox"/> 右上の歯 <input type="checkbox"/> 上の前歯 <input type="checkbox"/> 左上の歯 <input type="checkbox"/> 右下の歯 <input type="checkbox"/> 下の前歯 <input type="checkbox"/> 左下の歯 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
4. 今回はどうなさいましたか 当てはまる項目にチェック	<input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯の外傷(ぶつけた・欠けた・折れた) <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> おそうじ希望 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 歯並び・咬み合わせの相談 ※当院では矯正治療を行っておりません。 治療をご希望の場合は矯正治療が可能な病院をご紹介します。
5. 今までかかった病気や 診断された障害があれば 全てチェック	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害 ( 肢体 ・ 聴覚 ・ 視覚 ・ 言語 ) <input type="checkbox"/> 発達障害 ( 自閉症 ・ 注意欠陥多動 ・ 学習障害 ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )
6. 現在他院に通院していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病院名: _____ ) 何科( _____ )担当医( _____ )先生
7. 服用中の薬はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬の名前: _____ ) ※おくすり手帳をお持ちの方は、受付へご提示お願いいたします。
8. アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 食品(具体的に: _____ ) <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
9. 歯科治療で気分が悪く なったことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> その他( _____ )
10. 麻酔の使用について	<input type="checkbox"/> 必要があれば麻酔をしてほしい <input type="checkbox"/> 麻酔はしたくない
11. 抜歯について	<input type="checkbox"/> 抜歯の経験がある <input type="checkbox"/> 抜歯の経験がない

※上記の個人情報は治療以外の目的で使用いたしません。ご協力ありがとうございました。