



問診票

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お子様のお名前	愛称 ()	男 女	平 令 年 月 日	才 カ月
現住所	〒			
自宅電話		携帯		
保護者のお名前		職業		

あなたの歯科治療をより良く行うために、次の質問に✓・○印もしくは記入をしてください
 あなたが来院されたのは？

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れ <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐら <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 予防処置（フッ素塗布・歯磨き指導） <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる・矯正希望 <input type="checkbox"/> その他 ()
どこに症状がありますか	左上奥 上前歯 右上奥 左下奥 上前歯 右下奥 舌 口唇 頬 歯茎 顎

口腔機能をチェック	<input type="checkbox"/> 口をポカンと開けている <input type="checkbox"/> 歯並びが悪い <input type="checkbox"/> 目に力がなく、口がへの字、顔にしまりが無い <input type="checkbox"/> 唇が厚ぼったい <input type="checkbox"/> 食べこぼすことが多い <input type="checkbox"/> 鼻呼吸ではなく、口呼吸をしている <input type="checkbox"/> イビキをよくかく <input type="checkbox"/> 滑舌が宜しくない <input type="checkbox"/> 舌が短くて、舌を突き出した際に先端がくぼむ
-----------	---

歯科治療について

今まで歯科治療を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
麻酔の注射をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
その時気分がわなくなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
はを抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
歯の型を取ったことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
その時嘔吐反射はありましたか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

裏面もご記入ください

