



もんしんひょう

作成日 年 月 日

ふりがな お名前	男 女	生年月日	平成 令和	年	月	日
お名前 (父)		生年月日	昭和・平成	年	月	日
お名前 (母)		生年月日	昭和・平成	年	月	日
ご住所 〒		自宅	()			
		携帯	()			
幼稚園・学校名						

あなたの希望と今後の診療の参考にするため該当する所に☑を記入して下さい。

<p>Q.本日はどのような理由で来院されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた</p> <p><input type="checkbox"/> 虫歯を治して欲しい <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ・出血がある</p> <p><input type="checkbox"/> フッ素塗布希望 <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる</p> <p><input type="checkbox"/> 矯正相談 <input type="checkbox"/> 検診して欲しい</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>Q.現在治療中または今までにかかった病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病 () <input type="checkbox"/> 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患</p> <p><input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 蓄膿症</p> <p><input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺肥大</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>Q.現在どこかの病院で治療を受けていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい (病名：)</p> <p>(病院名：)</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>Q.現在飲んでいる薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (薬品名：)</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p>Q.薬や食品でアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (薬・食品名)</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>	<p>Q.歯科にかかるのは初めてですか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ (最後にかかったのは 年 ヶ月前)</p> <p>Q.歯科治療で麻酔をしたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>Q.今までに歯科治療で気分が悪くなったことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>Q.おやつについて、</p> <p>①ご家庭でどのような飲み物を飲んでますか？</p> <p><input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> スポーツドリンク</p> <p><input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>②食事以外におやつなどはいつ食べていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> おやつの時間や食事など時間を決めて</p> <p><input type="checkbox"/> 自由に食べている</p> <p>Q.いつ歯を磨きますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> おやつ後</p> <p><input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> 磨かない</p> <p>Q.仕上げ磨きをしていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>Q.次のような癖がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 指しゃぶりをする <input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする</p> <p><input type="checkbox"/> 唇を吸ったり噛んだりする <input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
--	---

最後に、当院を何でお知りになりましたか？

- 前を通過 当院 HP を見て 検索サイト その他
- ご家族・お知り合いの紹介 (ご紹介者：)