問　診　表

受診者について	フリガナ 氏　名				愛　称	
	生年月日	・　・　生	男・女	第　　子	学校・園名	
	住　所	〒　　TEL（　　）　－				

	氏　　名	続 柄	年 令	職　　業
御家族について	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			

1．　来院されたのはどうしてでしょうか。（○をつけてください）

1. 歯が痛い　　2. 虫歯がある　　3. 学校検診で指示された
4. 歯ぐきがはれている　　5. 歯を抜いてほしい　　6. 歯並びが気になる
7. 虫歯予防　　8. その他（　　）

2．　今までに歯科医院に連れていった事がありますか。

1. はい　　2. いいえ

3．　今までに大きな病気にかかった事がありますか。（または現在治療中）

1. はい（病名　　病院　　）　　2. いいえ

4．　お子様の体質は次のどれですか。

1. 健康　　2. アレルギー体質　　3. 血が止まりにくい
4. 下痢しやすい　　5. その他（　　）

5．　その他全身的に変わった点があれば記入してください。

（

6．　本院をどうして知りましたか、紹介者がいれば記入ください。

1. 知人の紹介（　　さん）　2. 看　板　　3. その他

7．　特に希望のない限り、放っておくと良くない虫歯は全部治療していきますが、
それでよろしいでしょうか。

1. はい　　2. 痛い歯だけでよい　　3. その他（　　）

記入年月日　　年　　月　　日　　記入者署名