

問 診 表 (こども)

記入日 平成 年 月 日

ふりがな
お名前

大・昭・平 年 月 日生 () 才 男・女

ご住所 〒

電話番号

緊急時の電話番号

1. どうなさいましたか (該当するものはすべてお選びください)

歯が (痛い・虫歯) 歯がぐらぐらする かぶせ物が取れた
歯の掃除をしたい フッ素をぬりたい 歯みがきレッスンを受けたい
お口の中の検査をしたい
その他 ()

2. 診療についてのご希望

なるべく麻酔はしたくない 通院回数を少なくしたい
保護者の方も一緒に診療室に入りたい
保険の範囲内で治したい 場合によっては保険外の選択肢があっても良い

3. 今までに次の病気にかかったことがありますか

ぜんそく アレルギー
その他 ()

4. 現在服用中の薬はありますか

はい () いいえ

5. 現在他の病院に通院していますか

はい (病名 病気) いいえ

6. 薬の副作用やアレルギーはありますか

はい (薬名) いいえ

7. 今まで歯の麻酔をしたことがありますか

はい いいえ

8. ご来院になったきっかけは何ですか

家族・知人の紹介 (お名前) 家・保育園・学校に近い
電話帳 ホームページ
その他 (チラシ)

ご協力ありがとうございました。



せきのデンタルクリニック
SEKINO DENTAL CLINIC