



# きっず問診票



記入日 年 月 日

ふりがな			
お名前	男・女	第	子目
生年月日	年	月	日 ( ) 歳
ご住所	〒		
電話番号(保護者の方)			
(携帯)	(自宅)		
通園	保育園・幼稚園	組	
通学	小学校	年	

\*当院ではSMS(ショートメールサービス)でお知らせメールを行っております

○どのようなことがご希望ですか？また、気になることはありますか？

- 歯の清掃希望  定期管理処置( 歯磨き練習・フッ素・シーラント )
- 検診希望( 虫歯・歯並び・歯肉炎 )  乳歯が抜けない  歯が痛い  虫歯がある
- その他( )
- 歯科に対する相談(具体的に )

○お子様にみられる癖はありますか？

- 口が開いている  口呼吸  舌が出る  唇をかむ  姿勢が悪い  頬杖をつく
- 指しゃぶり  発音が不明瞭  その他( )
- また、どのような時にみられますか？( )

○今まで歯科医院で定期的に歯のクリーニング、フッ素塗布は受けたことがありますか？  はい  いいえ

○最後に歯科医院を受診したのはいつですか？また受診した理由はなんですか？

- 初めて  半年以内  1年以内  1年以上  2年以上  それ以上( )
- (→理由 )

○治療や麻酔の経験はありますか？  ある(治療)  ある(麻酔)  ない(治療)  ない(麻酔)

○薬・食べ物・その他のアレルギーはありますか？  ない  ある( )

○現在、病気などありますか？  なし  あり( )

○かかりつけの小児科・内科はありますか？  なし  あり(病院名 )

○今までに入院や手術を受けたことがありますか？

- なし  あり( ) ( ) 歳頃

○当院を知ったきっかけはどれですか？

- 家族・友人・知人の紹介 (ご紹介者様 ) 様)
- HPを見て  広告を見て  家や職場が近いから  その他( )

ご記入ありがとうございました！

医療法人社団潤風会 齊藤歯科クリニック