

問診票（小児）

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな		性別	男・女	生年月日	平成	年	月	日
お名前				(才 ヶ月)				
ご住所	〒	学校名		保育園・幼稚園・小学校				
保護者電話番号	ご自宅 携帯番号	好きなこと		治療を嫌がった際の対応のため				

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。お手数ですが、わかる範囲でお答えください。

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	知人の紹介（ご紹介者のお名前 _____ 様） 家の近くだから 医院を直接見て ホームページを見て 雰囲気が良さそうだから その他（ _____ ）																																
どうなさいましたか	歯が痛い 歯肉が痛い 歯がしみる はれてる 詰物がとれた 歯が動く 健診 フッ素 乳歯を抜いてほしい 歯並びをなおしたい その他（ _____ ）																																
今までに大きな病気をしたことはありますか	心臓病 肝臓病 腎臓病 鼻の病気 血液疾患 ぜんそく 他の感染症 その他 特になし その病気にかかっていた時期（ _____ ）																																
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 顔 その他																																
痛みはいつからですか	今日 はじめて（ _____ ）日前から ずっと前から 時々																																
今まで歯科医院にかかったことは	ない ある（その時お子さんは、1治療できた 2泣いた 3あばれた _____）																																
歯の治療について、お子さんは	こわがり（音・振動・白衣・麻酔・他 _____） 痛み 吐き気がしやすい 見た目を気にする その他（ _____ ）																																
治療について	この機会に悪いところは全部治したい 痛いところだけ治したい																																
お子さんが治療を嫌がってあばれた時は	治療途中でもやめてほしい 押さえてでも治療を続けてほしい 先生にお任せします																																
生まれたときの状態は	体重（ _____ ）g 1. 異常なし 2. あり（ _____ ）																																
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	ない あり（病院名 _____）																																
薬を飲んでいますか	いいえ はい（薬の名前・種類 _____）																																
アレルギーはありますか	いいえ はい（ _____ ）																																
歯磨きは	自分でしている 保護者がしている 仕上げを保護者がしている																																
よく飲むものは	お茶 ジュース 母乳 ミルク その他																																
矯正に興味はありますか	ない ある																																
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	日	午前								午後								17:00以降							
	月	火	水	木	金	土	日																										
午前																																	
午後																																	
17:00以降																																	

ありがとうございました。なお、ご希望・ご質問・なんでもご遠慮なくお尋ねください。

ながしま歯科 045-532-4618
横浜市都筑区仲町台1-4-7東急ストアB1F

最寄駅/市営地下鉄仲町台駅 改札30秒
駐車場/東急ストア **駐車場1時間無料**
駐車券を発行してお持ちください。

診療時間
月・水・木・金
10:00~13:30/15:00~20:00
土・日
10:00~13:30/15:00~18:00
受付は30分前までとなります。

休診日/火曜・祝日
日曜祝日の場合、**日曜診療**、振替の月曜日が休診となります。