【お子様と大久保歯科を結ぶ問診表】NO（　　）

（お願い）当院ではお子様の歯の健康を守り、より良き治療をさせていただくために、
次の事項にお答えいただいております。

初診・再初診（H　　年　　月　　日）

ふりがな　　生年月日

お名前　　H　　年　　月　　日

（　　才）

〒　　電話（　　）　　－

住　所

家での愛称

（ニックネーム）

どうなさいましたか？

いつから？

（　　）

どの部位が？

（上前・下前）

（右上・右下）

（左上・左下）

□歯が痛い　□かむと痛い　□歯をぶつけた（ゆれてる）

□歯がかけた　□つめものがとれた（かけた）

□しみる（甘いもの・冷たいもの・熱いもの）

□歯ぐきがはれた　□できものができた

□歯石除去希望

□健診希望　□歯並びの相談

□虫歯の予防希望（フッ素・シーラント）

□その他（　　）

＊歯科医院はどれくらいぶり（はじめて/　　ヶ月ぶり/　　年ぶり）

★以前に歯科医院にかかられたことがあるお子様のみお答え下さい。

歯を抜いたことやその後の異常は？　□ない

□ある（号泣した・熱がでた・麻酔効きにくかった）

（血が止まりにくかった　　）

（その他　　）

薬の副作用・ｱﾚﾙｷﾞｰはありますか？　□ない　□ある(薬名　　)

特異体質は？　□ない　□ある（どんなものに　　）

体　重は？　（　　Kg　）

過去または現在大きな病気にかかったことがありますか？　□ない　□ある（　　）

衛生士による歯磨き指導・予防処置（フッ素）等を希望しますか？　□はい　□いいえ

当院を選んだ理由　□近所　□評判　□看板・広告　□ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ

□以前受診　□紹介（名前　　）

□その他（　　）

今までの歯科治療、又は今後の治療にあたりご意見ご要望がございましたらご記入下さい。

【　　】