

年 月 日

問 診 票

ふりがな

お名前 _____ 男/女 生年月日： _____ 年 月 日生

住所 〒 _____

電話番号： _____

緊急連絡先(携帯)： _____

Mail add： _____ [定期健診の予約をメールでお知らせします]
*「@stransa.ne.jp」のドメイン解除をお願いします

○本日はどうされましたか？

○過去に歯医者さんを受診したことはありますか？

ない ある (泣いた ・ 泣かない)

○過去に麻酔の注射をしたことがありますか？

ない ある (問題なし ・ 吐いた ・ 発疹が出た ・ 発作が起きた)

○お子様は現在保育園・幼稚園などに通っていますか？

通っていない 保育園 幼稚園 小学校 中学校

○おやつ時間は決まっていますか？

決まっていない 決めている だいたい _____ 時くらい _____ 回/1日

○おやつは主に何が多いですか？

○飲み物は何が多いですか？

○歯磨きの様子を教えてください

自分磨き やらない やる (_____ 回/1日)

仕上げ磨き やらない やる (_____ 回/1日)

○今までにかかったことのある病気や、通院している病院、服用している薬などありましたら教えてください

病名： _____

病院名： _____ 担当医： _____

薬名： _____

○アレルギーはありますか？

ない ある (_____)

○兄弟・姉妹はいますか？

いない いる (兄 ・ 弟 ・ 姉 ・ 妹 _____ 人兄弟)

○当クリニックに来院されたのは…

ご家族のご紹介【お名前 _____】 お友達のご照会【お名前 _____】

家が近い 大宮林医院に通っている インターネットを見て

ご協力ありがとうございました。お手数ですが受付にお渡しの上、もうしばらくお待ちください。

林歯科クリニック