

# 問診表【小学生～中学生】

次の質問事項をご記入ください。治療の重要な参考資料にさせていただきます。  
カルテ同様に治療関係者以外の目にふれるものではない事をお約束いたします。

フリガナ		男・女	記入日 / /	
お名前			現在 小学校・中学校	年生
記入者名		本人との関係	身長	cm 体重 kg
ご自宅 〒		TEL ( )	平熱	℃
マンション名 ( )			携帯 ( )	
メールアドレス @				
*スムーズな診療を提供するために、ご予約の前日にメールにて確認の連絡を差し上げております。				

お子様のお口の中に関する質問にお答えください。

1. 本日はどうなさいましたか？

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 痛い ( )     | <input type="checkbox"/> 健診希望          |
| <input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい  | <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングを希望する |
| <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる   | <input type="checkbox"/> かみ合わせが気になる    |
| <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる   | <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている      |
| <input type="checkbox"/> 学校から紙をもらった | <input type="checkbox"/> 乳歯が抜けない       |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )    |  |

2. 上記はどこの部分ですか？

- |     |     |     |   |
|-----|-----|-----|---|
| 右上奥 | 上前歯 | 左上奥 | <input type="checkbox"/> 全体<br><input type="checkbox"/> 舌・頬・唇<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 右下奥 | 下前歯 | 左下奥 |   |

3. 現在お使いのお薬はありますか？

- いいえ  はい ( )

4. 体に合わないお薬はありますか？

- いいえ  はい ( )

5. お薬や食べ物、花粉などアレルギーはありますか？

- いいえ  はい ( )

6. 今まで大きな病気をされたことはありますか？

- いいえ  はい ( )

7. 入院や手術の経験はありますか？

- いいえ  はい ( )

お子様の生活習慣に関する質問にお答えください。

1. おやつはどのようなものを食べていますか？

( )

2. 水分補給は何を主とされていますか？

( )

3. 1日に何回歯磨きをしていますか？

( 回)

4. 仕上げ磨きは行っていますか？

いいえ  はい ( 1日 回 )

お子様の通院経験に関する質問にお答えください。

1. 最後に歯医者さんに行かれたのはいつ頃ですか？

( 年 月頃)

2. 今までにフッ素塗布を行ったことはありますか？

いいえ  はい (前回は 年 月頃に塗布しました)

3. 歯科治療にて麻酔の経験はありますか？

いいえ  はい

4. 歯科医院で歯を抜いた経験はありますか？

いいえ  はい

最後に、ご来院に関する質問にお答えください。

当院を何でお知りになりましたか？

家族・知人の紹介 (ご紹介者

)  ホームページを見て

建物を見て・近所なので

クチコミサイトを見て

院長・スタッフの知り合い

通院歴がある

その他 (

)

\*上記で「紹介」を選ばれた方へ。当院をどのようにお聞きになりましたか？

治療が上手だと聞いて

先生が親切だと聞いて

よく説明してくれると聞いて

最新設備があると聞いて

痛くないと聞いて

予防歯科を行っているという聞いて

その他 (

)

その他ご希望やあらかじめ伝えておきたいことなどございましたら、何でもお書きください。

ご協力ありがとうございました。私たちスタッフ一同、これからお子様の歯の健康をお守りするために  
精一杯努力させていただきます。

ふじさわ歯科クリニック

## ふじさわ歯科クリニック キャンセルポリシー

この度は数ある歯科医院の中から当院をお選びいただき、ありがとうございます。下記のキャンセルポリシーをお読みいただき、ご了承いただいた方は最後にご署名をお願いいたします。

### ①お約束の時間に必ずお越しください。

(お約束時間の5分前にはご来院をお願いいたします。)

※皆様が時間通りにご来院いただくことでスムーズに診療を行なうことができ、その結果、お待たせすることなく治療を始めることができます。

### ②お約束時間にお越しにならない場合は、無断キャンセルと判断させて

いただくことがあります。

※**無断キャンセルが2回**あった時点で、次からはご希望のお約束は取れません。確実にお越しいただける当日にご連絡いただき、調整させていただきます。

### ③日時の変更がある場合は、3日前までにご連絡ください。

※キャンセルされた方のお時間で、歯の痛みのある方や、お困りの方を一人でも多く診療することが可能になります。事前の変更連絡はお早めをお願いいたします。ただ、事前の変更連絡をいただいたとしても**3回連続の変更**があった場合は、その時点でご希望のお約束をとることができなくなりますのでご注意ください。

以上のご協力をお願いいたします。

ご署名 \_\_\_\_\_