

No



問 診 票



平成 年 月 日

お名前	フリガナ		男	生年月日
			女	平成 年 月 日(満 歳)
保護者の方のお名前			〒	
			ご住所	
電話番号	()	()	E-mail (予約確認のメール配信サービスを行っています)	

当院では、お子様がより健康に、元気に成長するようお手伝いできればと考えています。

来院理由	どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> しみる	<input type="checkbox"/> 腫れた	<input type="checkbox"/> むし歯	
		<input type="checkbox"/> フッ素塗布希望	<input type="checkbox"/> 検診希望	<input type="checkbox"/> その他		
	どこが気になりますか？	<input type="checkbox"/> 左上	<input type="checkbox"/> 右上	<input type="checkbox"/> 上前	<input type="checkbox"/> 左下	<input type="checkbox"/> 右下
	いつ頃から？	<input type="checkbox"/> 2~3日前	<input type="checkbox"/> 昨日	<input type="checkbox"/> 今日	<input type="checkbox"/> その他()	
生活習慣	歯磨きはいつしていますか？	<input type="checkbox"/> 起床後	<input type="checkbox"/> 食後(<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)		<input type="checkbox"/> 就寝前	
		1日()回				
	仕上げ磨きはしていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ		
	どなたがしていますか？	<input type="checkbox"/> お母さん	<input type="checkbox"/> お父さん	<input type="checkbox"/> その他()		
既往歴	服用中の薬は	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(薬の名前)			
	治療中の病気は？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名)			
	アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()			
歯の既往	むし歯の治療経験は？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	麻酔の経験は？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	歯磨き指導の経験は？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	当院をお選びいただいた理由は？	<input type="checkbox"/> ご家族、知人からの紹介(紹介者のお名前:)		<input type="checkbox"/> ホームページ		
		<input type="checkbox"/> 医院前を通過して	<input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介	<input type="checkbox"/> その他()		
	ご予約のご希望	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土
		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ()時頃				

★当院では、キッズクラブ『オチKIDS』がございます！！

様々な特典がございますので、ぜひご入会ください。

IDS”へのご入会を希望されますか？(0歳～小学6年生対象)

希望する 検討中 希望しない



スマイル・チェックシート

1. あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は_____本だと思う

2. あなたは80歳のときに、何本歯を残したいですか？

私は80歳の時に_____本歯を残したい

3. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい いいえ

その理由は？_____

4. あなたはご自分の口もとが気になりますか？

はい いいえ

5. 口もとが気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて
鏡を見て 雑誌を読んで

6. いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2～3年前から 子供の頃から

7. あなたは次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石
歯茎が赤い はれている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間
歯並び
かぶせたものの色 かぶせたものの形
歯ぐきの色 歯ぐきの形

8. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない