



# おこさま問診票



ご記入日 年 月 日

フリガナ	男・女	平成 年 月 日生( 歳)
お名前	愛称	さきょうだい ( )人きょうだいの( )番目 ・ひとりっこ
ご住所 〒	自宅電話	携帯電話
	Email	
保護者氏名	学校名	
こちらから連絡してもよい連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話
	<input type="checkbox"/> Email	午前 / 午後 時頃・いつでも
カムカム歯科医院には	<input type="checkbox"/> ( )さんの紹介で来院 → 関係( 友人・家族 )	
	<input type="checkbox"/> インターネットをみて来院	<input type="checkbox"/> その他( )

お手数ですが当てはまるにチェックをしてください

## どうなさいましたか？(複数回答可)

- 歯が痛い  歯ぐきが痛い  しみる  
 悪いところがないか調べてほしい  
 歯並びが気になる  学校検診の用紙をもらった  
 フッ素を塗ってほしい  
 その他( )

## 以前歯科医院で治療を受けたことがありますか？

- ある( 歳頃)  ない

## あると答えた方へ その時の様子はいかがでしたか？

- 上手にできた  嫌がった  泣いた  
 暴れた  わからない

## 1日に何回歯をみがきますか？

- ( )回  朝  昼  夜  毎食後  
 寝る前  決まっていない

## 歯みがきはどなたが行いますか？

- 子どものみ  親のみ  
 子どもの後に親  親の後に子ども

## ご家庭でフッ素を使いますか？

- はい  いいえ

## はいと答えた方へ どのようなタイプですか？

- うがい  歯みがき粉  
 ジェル  スプレー

## 次の病気にかかったことはありますか？

- 心臓病  肝臓病  腎臓病  
 肺炎  結核  扁桃炎  
 はしか  インフルエンザ  
 ぜんそく  アトピー性皮膚炎  
 その他( )  
 ない

## 現在、他のお医者さんにかかっていますか？

- はい(病名: )  
 いいえ

## 現在飲んでいるお薬はありますか？

- ない  
 ある…… 風邪薬  痛み止め  胃薬  
 その他( )

## クセはありますか？

- 指しゃぶり  爪かみ  歯ぎしり  
 □呼吸  その他( )

## アレルギーはありますか？

- ある…… 食べ物( )  
 お薬 ( )  
 ない

診療に対してご希望がありましたらご記入ください

