

# KIDS問診表

No.

年 月 日

受付

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	平成 年 月 日生	才
住所	〒 —	電話	(自宅) — —	
			(携帯) — —	
E-mail				
学校 保育園・幼稚園名		ニックネーム		

## なぜ当医院を選ばれましたか？(いくつでも可)

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. 紹介 (お名前 )      | 7. 時間帯があっているから     |
| 2. 家族が通院中 (お名前 )  | 8. 予防に力を入れていると聞いて  |
| 3. ホームページをみて      | 9. 最新の治療をしていると聞いて  |
| 4. 看板をみて          | 10. 診療所の雰囲気が良いと聞いて |
| 5. パンフレット・ポスターをみた | 11. 送迎をしているから      |
| 6. 家・職場が近いから      | 12. その他( )         |

## 来院の理由をお聞かせ下さい(いくつでも可)

1. 歯が痛い ( 日前から)
2. 歯ぐきが痛い・腫れた ( 日前から)
3. 虫歯がある
4. つめものがとれた
5. 虫歯の予防をしたい
6. かみデンKIDSに入会したい
7. 矯正希望
8. 検査希望
8. その他( )

## どのような治療をお望みですか(いくつでも可)

1. いま痛んでいるところだけ治したい
2. この機会に悪いところはすべて治したい
3. 保険の範囲で治したい
4. なるべく保険で、保険のきかないところは自費でもかまわない
5. 保険の範囲外で最も良い材料と方法で治したい
6. 多少時間が長くても、一度に多くの治療をしてほしい
8. 相談して決めたい
10. その他( )

## 今までにお口のことで困ったこと、伝えておきたいことをご記入下さい

--

## 健康保険での治療には限界があります。健康保険以外での治療法の説明を詳しく聞きたいですか？

はい・いいえ
--------

## お身体のことについてお尋ねします

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| ※麻酔の注射をしたことがありますか？ はい・いいえ | ※現在内服している薬はありますか？ はい・いいえ  |
| ※歯を抜いたことがありますか？ はい・いいえ    | 薬 ( )                     |
| ※歯を抜いた時異常がありましたか？         | ※薬のアレルギーはありますか？ はい・いいえ    |
| 1. 血が止まらなかった 2. 気分が悪くなった  | 薬 ( )                     |
| 3. 麻酔がきかなかった 4. その他( )    | ※かかりつけの病院はありますか？ はい・いいえ   |
| ※現在治療中の病気、又は持病のような        | _____ 病院 _____ 科 _____ 先生 |
| ものがありますか？ はい・いいえ          | ※食べ物でアレルギーがありますか？ はい・いいえ  |
| 病名 ( )                    | ( )                       |
| ※歯科は初めてですか？ はい・いいえ        | ※現在の健康状態は良好ですか？ はい・いいえ    |
| いいえの方は最終受診日をお知らせ下さい( )    |                           |

**恐れ入りますが引き続き裏面もご記入下さい**

