お子様の健康記録のための質問表

平成　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名	(男/女)	生年月日 平成　　年　　月　　日　生 家庭での呼び方（　　）	
現住所	〒		TEL

来院なさったのは、どのような理由ですか。

お子様の健康状態について、お書きください。

（1）現在のお子様の健康状態　　健康　/　やや悪い　/　悪い

（2）今までに何か大きな病気をしたことがありますか。

はい　病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　何歳ごろ＿＿＿＿＿　/　いいえ

（3）何か持病はありますか。

はい　病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　/　いいえ

（4）以前歯医者さんに行ったことがありますか。　はい　/　初めて

（5）何かアレルギーはありますか。　はい＿＿＿＿＿＿＿＿　/　いいえ

治療に対するご希望を、お書きください。　（いくつでも可）

（1）痛いところだけ治したい　（2）悪いところは全部治したい

（3）歯磨き指導や衛生指導なども受けたい

（4）フッ素などの予防処置も受けたい

（5）定期健診（3ヶ月に1度）も受けたい

当院を何で、お知りになりましたか？

（1）医院を見て　（2）インターネット・ホームページ　（3）タウンページ

（4）知人・家族の紹介（　　様）

（5）他の医療機関（　　病院・診療所）

治療上何かご希望することがございましたら、ご遠慮なくご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

個人情報はプライバシーポリシーに従い、厳重に管理いたします。

大竹デンタルクリニック