

スマイルデンタルクリニック矯正・小児歯科 問診表 平成 年 月 日

ふりがな
お名前 男・女 歳 生年月日 平成 年 月 日

自宅住所 〒 TEL

緊急連絡先（携帯番号） 血液型 A ・ B ・ O ・ AB

学校・幼稚園・保育園名 愛称

☆予約確認メール配信・メルマガ配信などのサービスがございます。

メールアドレス（保護者）

来院時の交通手段 徒歩 ・ 自転車 ・ 電車 ・ 車 ・ その他（

《お子様の治療のために正しくご記入ください》

●今回はどうなさいましたか？

・むし歯 ・痛い ・むし歯予防（フッ素・シーラントなど） ・健診、相談 ・歯並び ・お口のけが
・その他（

●今までに歯科医院に行ったことはありますか？

・いいえ ・はい（病院名 病名）

●薬や食べ物にアレルギーはありますか？

・いいえ ・はい（

●その他、全身的に何かあればお書きください。

●家族構成を教えてください。（食事指導時に参考にさせていただきます）

氏名（ふりがな）	生年月日	続柄・ご職業
1)	・	・
2)	・	・
3)	・	・
4)	・	・
5)	・	・
6)	・	・

●お子様がむし歯にならないための、定期的な健診や予防処置を希望されますか？-----はい ・ いいえ

●お子様の将来の歯並びについて気になりますか？

・はい ・いいえ
・その理由は？（

●あなたにとって、『お口が健康』とは、どのような状態をいいますか？

例) ・むし歯が一つもないこと。
・小さいむし歯があっても経過をみながら、痛みもなく、しっかり噛めていれば健康。 などなど・・・

●治療前に伝えておきたいこと、治療についてのご希望・質問等ございましたらお書き下さい。