

年 月 日

ほく&わたしの
はいしやさん
A.B.E.D.C
ABE DENTAL CLINIC

あべしかいいん 安部歯科医院 問診票 もんしんひょう



あべ しかいいん
安部歯科医院では、
あなたのご満足まんぞくいく治療ちりょうを優先ゆうせんに考えておりますので、
できるだけあなたとよく話し合はな あって治療ちりょうを進すすめていきます。
下の枠線した わくせんの中と中面なか なかめんにある1~11, A~Hの質問しつもんにできるだけ正確せいかくにお答えこた下さい。

ふりがな					呼び名 <small>何とお呼びしたらよいですか ご希望の呼び名を記入下さい。</small>	男・女 おとこ おんな
おなまえ						
おたんじょうび 生年月日 <small>せいねんがつび</small>	平成 <small>へいせい</small>	年 <small>ねん</small>	月 <small>がつ</small>	日 <small>にち</small>	生まれ <small>う</small>	() 才 <small>さい</small>
ごじゅうしょ ご住所	ゆうびんばんごう (〒 -)					
電話番号 <small>でんわばんごう</small>						
保護者の 携帯電話No.						
学校又は 幼稚園・保育園名						

1. どうなさいましたか。

治療で

詳しく教えてください。

<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 虫歯がある
<input type="checkbox"/> 学校・幼稚園で 検診の紙をもらった	<input type="checkbox"/> 歯の抜けている所が 気になる
<input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出たり、 痛くなったり、 腫れたりする。	<input type="checkbox"/> 顎の 関節が痛い
<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい	

予防で…

詳しく教えてください。

<input type="checkbox"/> 検診をしてほしい	<input type="checkbox"/> 歯の汚れをとってほしい
<input type="checkbox"/> 虫歯になる原因の 検査(虫歯リスク診断) をしてほしい	<input type="checkbox"/> フッ素塗布を してほしい

その他

詳しく教えてください。

2. 今までに、歯の治療を受けたことがありますか。

ない。今日が初めて。 ある。

どれくらい前でしたか。

(月くらい前) (年くらい前)

「ある」と答えた方のみ 3. の質問の記入願います。

3. 今までに、安部歯科医院で治療を受けたことがありますか。

ない。今日が初めて。 ある。

どれくらい前でしたか。

(月くらい前) (年くらい前)

4. 安部歯科医院をどのようにして知りましたか。

家族から

詳しく教えてください。

お名前

お父さん お母さん

お兄さん お姉さん 弟 妹

おじいちゃん おばあちゃん

知り合いから

お名前を教えてください。

電話帳で知った。

インターネットのホームページを見て知った。

建物や看板で知った。

その他

詳しく教えてください。

5. 現在の様子は、

健康

他の医院に通院している。

体重 kg

あてはまればチェックしてください。

内科 外科

病院名：

6. 今迄に(今も含む)、内科的な病気はありますか。

ない ある

詳しく教えてください。

心臓病 ぜんそく 腎臓病

ウイルス性肝炎 (A型・B型・C型)

エイズ等の感染症 血液疾患

外科的手術 輸血

その他 ()

7. アレルギーはありますか。

ない ある

詳しく教えてください。

薬物アレルギー 金属アレルギー

8. 麻酔をしたことは。

ない ある

特に何もなかった 痛かった
 貧血あるいはショックを起こした

9. 予約の希望時間帯、曜日がある方はご記入ください。

希望する予約時間帯がある。

午前中
 () 時ころ ~ () 時ころの間

午後から
 () 時ころ ~ () 時ころの間

希望する予約曜日がある。

月 火 水 木 金 土

10. 今迄の歯科治療で不満があった方はご記入ください。

治療が痛かった

治療を始める前に
 どんなことをするか説明がなかった。

どんな順序で治療していくのか、
 治療の計画を教えてください。

その他

詳しく教えてください。

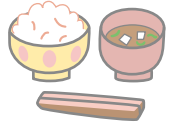
11. 他にご意見・ご希望などございましたらご記入ください。

A. 何人兄弟の何番目ですか。

() 人兄弟 () 番目

B. 食事は規則正しく食べていますか。

はい いいえ



C. 偏食(好き嫌い)がありますか。

ない。何でも食べる。
 ほとんど食べるが、時々好き嫌いがある。
 偏食(嫌いなものは残したりする)がちである。

嫌いな
 食べ物

D. 食事の量について。

よく食べる。 普通だと思う。
 食が細くなったりなど、食にムラがある。



E. おやつ回数について。

時間と回数を
 きちんと決めている。
 時間も回数も決めず、欲しがる時に与えている。
 夜、眠る前に食べることがある。

おやつを
 与える時間
 じ 時ころ

F. おやつや飲み物の種類について。

アメやキャラメルなどをよく食べる。
 のどが乾いたら、お茶ではなく、ジュースを飲むことが多い。



G. 歯磨について。 ※当てはまる所に○をつけて下さい。

	朝食前	朝食後	昼食後	夕食後	寝る前
子供が自分で磨く (ハブラシで)					
お母さんが磨く (ハブラシで)					
歯磨剤を使用					
補助的フッ素 を使用					
フロス・歯間ブラシ を使用					

H. 癖について。

指しゃぶり つめかみ ガーゼ(タオル)かみ
 その他

詳しく教えてください。