



# グランツ歯科室こども問診表



令和 年 月 日

フリガナ 氏名		男 ・ 女	平・令 年 月 日生 ( 歳 か月)	血液型	
住所	〒 —			電話	自宅 ( ) — 携帯 ( ) —
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 虫歯ができた <input type="checkbox"/> 矯正相談 <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 虫歯予防（フッ素など） <input type="checkbox"/> ケガをした・歯をぶつけた <input type="checkbox"/> 顎関節が痛む <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 前につめた物がとれた <input type="checkbox"/> その他 ( )				
アレルギーは ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> ゴム <input type="checkbox"/> その他				
過去に手術、輸血の経験 はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 歳 か月の頃 病名 ( )				
常用している薬はあり ますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある				
歯科治療されたことは ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ その時のお子さんの様子はどうでしたか？ <input type="checkbox"/> 治療できた <input type="checkbox"/> 泣いたができた <input type="checkbox"/> 治療をあきらめた <input type="checkbox"/> 暴れた				
当医院への来院は	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 ( ) 様) <input type="checkbox"/> HPをみて <input type="checkbox"/> 自宅が近いから <input type="checkbox"/> 広告・チラシ <input type="checkbox"/> その他				
予約のご希望は	予約は 曜日 時頃が希望				

\* 記入された個人情報は、グランツ歯科室個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。