

初診問診票

皆様の情報は、拙院の診療目的でのみ使用いたします。

ご本人

保護者(学生の方までご記入ください)

フリガナ

フリガナ

生年月日 西暦 平成 年 (昭和 年) 月 日 歳 (男・女)

ご住所 ⑤ _____

お電話 (_____) _____ 緊急時 (_____) _____

転勤などによる引っ越しのご予定 (あり _____ なし)

◆ なにが (歯や顔貌など) 一番気になりますか? ご自由にどうぞ。

--

下記の質問について、いずれか (はい、いいえ等) に○を、□には✓をお願いします。

◆ 初診相談のきっかけ

- ご友人の紹介 _____ Web サイト・看板をみて
 歯科医師の紹介 _____ チラシ・その他 _____

◆ 矯正歯科治療に不安をお感じになることは? (複数回答可)

- 治療の方法 装置の種類 院長の人柄と臨床経験
 治療の痛み その他 _____

◆ 歯ならびのご相談は、はじめてですか (はい いいえ)

● 幼児期の眠り方 (仰向けが基本 うつ伏せ寝 横向き)

● 奥歯でしっかり噛んで、食事を楽しんでいますか? (はい いいえ)

● 鼻の呼吸 ① 扁桃は ^{へんとう} (いまも大きい 外科切除した よく腫れた 問題ない)

② 鼻づまりは (よくある 副鼻腔炎 花粉症 あまりない ない)

● 普段はかるく口を閉じていますか? (はい ときどきポカン いいえ)

● 指しゃぶりはしますか? (ある (幼少時・いま現在) いいえ)

● 交通事故やスポーツ外傷を受けたことがありますか? (はい _____ いいえ)

● 食べ物やクスリのアレルギーはありますか? (はい _____ いいえ)

● 喘息がありますか? (はい _____ いいえ)

☆初診ご相談時にお持ち下さい☆

まちの歯ならびクリニック お問い合わせ：042-646-3686