



問 診 票



No

年 月 日

お名前	フリガナ		男・女	生年月日（西暦）	
				年 月 日（満 歳）	
保護者の方のお名前			〒	ご住所	
電話番号	（ ）		E-mail	（予約確認のメール配信サービスを行っています）	
	（ ）				

当院では、お子様がより健康に、元気に成長するようお手伝いができればと考えています。

来院理由	どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> しみる	<input type="checkbox"/> 腫れた	<input type="checkbox"/> むし歯	<input type="checkbox"/> 矯正希望
		<input type="checkbox"/> フッ素塗布希望	<input type="checkbox"/> 検診希望	<input type="checkbox"/> その他		
	どこが気になりますか？	<input type="checkbox"/> 左上	<input type="checkbox"/> 右上	<input type="checkbox"/> 上前	<input type="checkbox"/> 左下	<input type="checkbox"/> 右下
	いつ頃から？	<input type="checkbox"/> 2～3日前	<input type="checkbox"/> 昨日	<input type="checkbox"/> 今日	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
生活習慣	歯磨きはいつしていますか？	<input type="checkbox"/> 起床後	<input type="checkbox"/> 食後（ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜）		<input type="checkbox"/> 就寝前	
		1日（ ）回				
	仕上げ磨きはしていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ		
	どなたがしていますか？	<input type="checkbox"/> お母さん	<input type="checkbox"/> お父さん	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
既往歴	服用中の薬は	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（薬の名前）			
	治療中の病気は？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（病名）			
	アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）			
歯の既往歴	むし歯の治療経験は？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	麻酔の経験は？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	歯磨き指導の経験は？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	当院をお選びいただいた理由は？	<input type="checkbox"/> ご家族、知人からの紹介（紹介者のお名前：）				
		<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 医院前を歩いて <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介				
		<input type="checkbox"/> その他（ ）				
	ご予約のご希望	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土				
		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後（ ）時頃				

★当院では、キッズクラブ『オチKIDS』がございます！！

様々な特典がございますので、ぜひご入会ください。

“オチKIDS”へのご入会を希望されますか？（0歳～小学6年生対象）

希望する

検討中

希望しない



【スマイル・チェックシート】

1. あなたはご自分の歯を残すために、定期的なクリーニングを受けたいと思いますか？

- はい いいえ

その理由は？ _____

2. あなたはご自分の歯並びにどの程度満足していますか？

- 非常に満足している やや満足している ふつう
やや不満 不満

3. 歯並びが日常生活にどのような影響を与えていますか？（複数回答可）

- 食事がしにくい 発音に問題がある 自信が持てない
特に問題はない その他

（その他の方は具体的に記述してください）

4. 過去に歯列矯正を受けたことがありますか？

- はい いいえ

5. 歯並びを改善するためにどのような対策を講じていますか？（複数回答可）

- 定期的な歯科訪問 歯列矯正を検討中
特に何もしていない その他の治療や対策を行っている

（その他の方は具体的に記述してください）

6. 将来的に歯並びの治療や改善を考えていますか？

- はい、積極的に考えている
たぶん、まだ決めていない
いいえ、考えていない

7. あなたは次のどこが気になりますか？

（クリーン）

- 口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石 歯茎が赤い
歯茎の腫れ 出血する

（ビューティー）

- 歯の色 歯の形 歯のすき間 かぶせ物の色
かぶせ物の形 歯茎の色 歯茎の形 詰め物の色

8. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

- ある
わからないので説明してほしい
ない

※2枚目のセルフケアについてもご記入ください。