

問診票 井坂矯正歯科 0120-008763

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 (歳)		
住所	phone		
学校名	学年	年生	クラブ活動
父親の氏名	職業	勤務先名	
母親の氏名	職業	勤務先名	
転居の可能性	YES・NO ※YESの場合、その時期と場所：()頃()へ		
かかりつけの医師 (医院、病院名)	phone		
かかりつけの歯科医師 (歯科医院)	phone		
緊急連絡先	phone		
E-mail			

● YESかNOを選び、YESの場合には、さらに続く質問についてお書きください。

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在、医師の治療を受けていらっしゃいますか。 その病名 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前に比較的大きな病気をしたことがございますか。 その病名 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前に (心臓・肝臓・腎臓・血液) に病気があると言われたことがございますか。その病名 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬や食品・金属に対してアレルギーがございますか。その薬、食品、金属名 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	常用している薬物はございますか。 その薬品名 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	鼻がつまりやすいですか。耳鼻科を受診されたことがあれば、それはいつ頃ですか。()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	扁桃腺ははれやすいですか。 月1回以上 2～3ヶ月に1回 半年に1回 年に1回
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在歯の治療を受けていらっしゃいますか。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前に矯正治療を受けたことがございますか。 いつ頃 () どこで ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ご家族の中にお子様と似た歯ならびをした方がいらっしゃいますか。その方の続柄 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯ブラシはいつも自分でなさいますか。その回数 1日3回以上、1日2回、1日1回、1日1回未満
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	今までに歯ブラシの指導を受けた事がございますか。 どこで ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	冷たい物が歯にしみたり、痛んだりするところがございますか。部位は？ ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯ブラシをすると歯肉から出血する事が多いですか。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前に顔、口、下顎を強く打ったことがございますか。 いつ頃 () どこを ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	今までに顎の関節が痛んだり、変な音がしたことがございますか。 いつ頃 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	今までに口を大きく開けられなくなったことがございますか。 いつ頃 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吹奏楽器を習ったことがございますか。 その楽器名 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯ならびを治すのに本人の気が進んでいますか。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コンタクトレンズを装着されていますか。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在・過去において、下記の様な癖がございますか (ございましたか)。○で囲んで下さい。 爪や鉛筆などを咬む、指しゃぶり、唇を咬む、口で息をする、 寝るときに特定の姿勢をとる、頬づえをつく、歯ぎしりをする、いびきをかく
		☆現在、お子様の歯ならび及び口もとで、気になるものを○で囲んで下さい。(いくつでも) 上の歯が出ている、うけ口 (反対咬合)、歯のでこぼこ (八重歯)、歯のすき間、歯の色 奥歯の咬み合せ、前歯が咬み合わない、口もとが出ている、その他 ()
		☆その他、特異体質や、治療の手助けになるような事がございましたらお書きください。
		このホームページを何でお知りになりましたか？

御協力ありがとうございました。

井坂矯正歯科 0120-008763

〒240-0013

横浜市保土ヶ谷区帷子町2-47-2 第一斉藤ビル4F

診療時間 / AM11:00～PM1:00 PM2:00～PM7:00

休診日 / 木・日・祝祭日 (月1回日曜診療有り)

最寄駅 / JR 横須賀線保土ヶ谷駅

