

通院についてのご希望	<input type="checkbox"/> () 時以降希望 <input type="checkbox"/> 午前希望 <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> () 曜日希望 <input type="checkbox"/> 午後希望
治療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 特に希望はない <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終わらせた(理由:) <input type="checkbox"/> 応急処置だけでよい <input type="checkbox"/> 相談しながら決めたい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 慣れるまでトレーニングを希望 <input type="checkbox"/> 今、痛みのあるところだけ治したい <input type="checkbox"/> お口の健康管理もしてほしい(歯ブラシ指導・フッ素塗布・定期健診) <input type="checkbox"/> 出来ない場合は治療しない <input type="checkbox"/> その他()

歯みがきに関するアンケート

いつ歯みがきをしていますか	<input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> おやつの後 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夜) <input type="checkbox"/> 就寝前
仕上げ磨きをしますか	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(毎回・1日 回 いつ)
歯ブラシ以外の清掃用品を使用していますか	いいえ . はい
※はい と答えた方	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他()
睡眠時間	平均()時間
フッ素の利用について	<input type="checkbox"/> 歯科医院や保健所等でフッ素塗布を定期的に行っている <input type="checkbox"/> 家でフッ素洗口剤やスプレーなどを使用している <input type="checkbox"/> フッ素配合の歯磨き粉を使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
おやつは時間を決めて食べていますか	いいえ . はい
※はい と答えた方	1日 回、(時頃・ 時頃・ 時頃)
どのようなおやつを食べていますか	<input type="checkbox"/> せんべい <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> アイスクリーム <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> ケーキ <input type="checkbox"/> 飴 <input type="checkbox"/> 菓子パン <input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> ガム <input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> その他()
どのような飲み物を飲んでますか	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 100%ジュース <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> スポーツドリンク <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> その他()

コロナウイルス感染拡大防止のための当日問診票

患者様に、安心安全な医療を提供するための問診票となります。該当項目によっては担当医の判断にて本日の診療をお断りする場合がございますが 新型コロナウイルス感染拡大防止の為、ご理解、ご協力のほどよろしくお願い致します。

過去14日以内に(ご家族・周りの人を含め)海外または県外に行った	いいえ . はい
※はい と答えた方	行った方() 行き先()
過去14日以内に同居する人に発熱・咳の症状がある	いいえ . はい
現在同居する人が自宅隔離を要請されている	いいえ . はい
過去14日以内に新型コロナウイルス感染者またはその疑いのある人との接触があった	いいえ . はい
過去14日以内に屋内で50名以上の集まる集会に参加した	いいえ . はい

(保護者)ご署名

ご協力ありがとうございました