

問診票（お子さま用）

※保護者の方が記入してください。

来院日： 年 月 日（ ）

ふりがな		身長 体重	身長 体重	cm kg
お名前 愛称	(男・女) (愛称)			
生年月日	平成・令和 年 月 日(歳 ヶ月)	ご兄弟 の有無	いらっしゃる方はご記入ください (兄・弟・姉・妹)	
保護者氏名		自宅電話	()	
住 所	〒	携帯番号	()	
		幼・保育園 学校名	幼稚園・保育園(組) 学校(年)	

◆どうなさいましたか？

- 虫歯がある・穴があいている 歯が痛い・痛がる 歯ぐきが腫れた・痛がる
検診で虫歯を指摘された フッ素など予防処置をしてほしい 歯の汚れが気になる
歯並びの相談をしたい その他 ()

◆場所はどこですか？

- 右上 上前 左上 歯 舌 顎 歯ぐき 唇 頬
右下 下前 左下

◆いつからですか？

- 今日初めて 昨日から 時々 () 日くらい前から ずっと前から

◆歯の治療は初めてですか？

- 初めて 経験がある

◆どの様な治療をご希望ですか？

- 歯科医師に任せる 泣いても、嫌がっても治療をする 治療前に練習をしてから
本人が治療に納得してから その他 ()

◆麻酔の注射をしたことはありますか？

- 麻酔 ない ある

◆歯を抜いたことはありますか？

- 抜歯 ない ある

◆麻酔や歯を抜いた際や、歯科治療の際に異常が起きたことはありますか？

- ない ある (血が止まりにくかった・腫れた・湿疹や浮腫が出た・その他)

◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある (原因 症状)

◆現在薬を飲んでいますか？

- 飲んでいない 飲んでいる (薬名:)

◆現在または過去に病気をしたことはありますか？

- ない ある (喘息・アトピー・心臓疾患・脳神経系疾患・鼻疾患・内臓疾患・その他)

◆本日の健康状態はいかがですか？

- 健康 風邪気味 熱がある その他 ()

◆歯みがき回数は？

- 1日 () 回 仕上げ回数 () 回

◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 (ご紹介者 様) インターネット 通勤・通学路
パンフレット・チラシ 通りがかり その他 ()

◆その他ご要望があればご記入ください ()