

問 診 票（乳幼児～小学生）

※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	西暦 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		電話番号	()	
住 所	〒	幼・保育園 小学校	幼稚園・保育園 (組) 小学校(年)	

◆本日は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・歯石が気になる
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？

- 最近 数週～1ヶ月以内ぐらい 数ヶ月以上前から

◆歯の治療は初めてですか？

- 初めて 数週～数ヶ月ぶり 1年ぶりぐらい それ以上

◆治療方針について？

- すべて歯科医師に任せる 泣いても、嫌がっても治療したい 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 ()

◆今まで、歯科治療で麻酔をしたことはありますか？ 歯を抜いたことはありますか？

- 麻酔 ない ある 抜歯 ない ある

◆その際に、異常が起きたことはありますか？

- 麻酔が効きにくかった 血が止まりにくかった 腫れた 湿疹や浮腫を起こした

◆アレルギーはありますか？

- 飲み薬() 食べ物() 金属()

◆現在または過去に病気をしたことはありますか？

- 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 ()

◆日常的に飲んでいる薬はありますか？（花粉症・風邪薬以外で）（薬名：）

◆当院をどのようにお知りになりましたか？

- ご家族が通院している (お名前 様)
ご友人・知人のご紹介 (お名前 様)

◆その他お伝えしたいことがあればご記入ください