

問診票(小児用)

初診日：平成 年 月 日

ふりがな 氏名			男・女	愛称	
生年月日	平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)				
住所					
TEL			日中連絡先		
保護者氏名			E-Mail	@	

お子様の診療に際し、以下の事項について詳しくお答え下さい。

当院は？	はじめて[紹介者：] 外看板を見て 以前に来た インターネットを見て 都電の看板を見て 電話帳を見て
来院された理由は？	虫歯の治療 歯ぐきがはれた 虫歯の予防 歯並びが気になる 歯科健診 学校の健診結果 その他[]
過去又は現在大きな病 気にかかったことは？	ない ある[病名： 病院・科：]
現在、飲んでいる薬 は？	ない ある[薬剤名：]
アレルギー、健康状 態、体質等について	アレルギー [薬・食品・その他 ()] アトピー 喘息 精神障害[] 内臓疾患[]
今まで歯科にかかっ たことは？	ない ある そのときの治療はいかがでしたか？ 上手にできた 嫌がった 泣いた 暴れた わからない
麻酔注射をしたこと は？	ない ある 異常がありましたか？ いいえ はい[具体的に：]
歯を抜いたことは？	なし あり [貧血・血が止まりにくい・麻酔が効きにくい・ その他()]
1日の歯磨きの回数 は？	1日1回 1日2回 食後は必ず あまり歯磨きしない その他[]
歯科治療に対しお子 様の様子は？	上手に受けられると思う 怖がっている 泣くと思う とても抵抗すると思う 治療を嫌がっている わからない
現在、興味のあるもの は？(好きなもの等)	

医療法人社団 裕慈会