

# 問診票 小児用

NO.

平成

年

月

日

フリガナ			平成
お名前	男・女	生年月日	年 月 日生 才 カ月
身長 cm 体重 kg	記載者氏名 続柄 ( )		
〒	ご住所 〆 ( ) -		
ご連絡先 自宅・勤務先・携帯 ( - )	ご紹介者 様		

お子様の治療のため健康状態をおたずねいたします。

1. 今まで歯科にて治療を受けられたことがありますか	なし ある (詰め物をした・歯を抜いた・検診) (できた・暴れた・やめた)
2. どうなさいましたか?	歯が痛い むし歯を治したい 歯ぐきの異常 □臭 冠が取れた □腔検査 フッ素塗布 歯並び 歯のそうじ その他 ( )
3. お子様の体調は、	正常 よくない (具体的に )
4. どこが気になりますか?	□ 歯 □ 舌 □ 歯肉 左上 上前 右上 □ 唇 □ 頬 □ あご 左下 下前 右下
5. 内科的な病気は?	ぜんそく てんかん 心臓病 糖尿病 アレルギー ( ) 腎臓病 扁桃腺 (アデノイド) 血液疾患 (白血病、紫斑病、血友病、悪性貧血) その他 ( )
6. 現在、他医院へ通院されていますか?	( ) 科 ( ) の治療 かかりつけの医院名 ( )
7. 常用されている薬は?	ない ある ( ) の薬剤
8. 薬や注射での異常 (ピリン系・アレルギーなど)	ない ある ( 抗生剤 麻酔薬 解熱剤 その他 ( ) )
9. 以前、歯科にて抜歯の経験はありますか?	ない ある ( 年 月前 ) その時、異常は ない ある ( )
10. 虫歯は何本あると思われるですか?	ない わからない ある ( 本 )
11. 治療についてのご希望はありますか?	□ 今、痛んでいる所だけ治したい □ 悪い所は全部治したい □ フッ素を塗ってほしい □ 歯磨き指導してほしい
12. お子様の治療について (泣いたり、暴れたりされた場合)	□ 治療を続けてほしい。 □ 治療をやめてほしい。
13. 診療についてのご希望はありますか?	□ 保険の範囲内で治したい □ なるべく保険で、保険のきかない所は相談の上自費でもよい
14. 前回、歯科治療を受けられたのは?	□ 当医院で ( 年 ヶ月前 ) □ 他院で ( 年 ヶ月前 )
15. その他何かご希望などあればお書きください。	
16. アンケート 来院のきっかけは?	知人・家族の紹介 近所だから タウンページ 電柱看板 インターネット その他 ( )

ご協力ありがとうございました。

さかもと歯科医院