

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 月前) □ 他院で (年 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