

小児問診票

カルテNo. _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____

男・女

身長 体重

()cm ()kg

生年月日 _____

平成 _____

年 _____

月 _____

日 _____

才 _____

保護者氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

1 どうなさいましたか(✓をつけてください。複数回答可)

歯が痛い 詰め物、かぶせ物がとれた 虫歯の治療希望

歯ぐきが痛い 歯ぐきがはれた 歯ぐきから血が出る

乳歯が抜けない ケガをしてぶつけた クリーニング希望

予防処置希望 歯並びが気になる その他()

2 歯科治療の経験はありますか (はい・いいえ)

3 歯科で麻酔をかけたことがありますか (はい・いいえ)

4 歯を抜いたことがありますか (はい・いいえ)

5 薬、食べ物にアレルギーはありますか (はい・いいえ)

6 現在、医院に通院されていますか (はい・いいえ)

8 現在、飲んでいるお薬はありますか (はい・いいえ)
(薬名)

9 今まで次の病気にかかったことはありますか

心臓病 肝臓病 腎臓病 胃腸疾患 血液疾患 低血圧

糖尿病 てんかん ぜんそく

その他()

10 愛称は何ですか () (ちゃん、クン)

11 治療についてのご希望は

全体的に治したい 今具合の悪いところだけ

その他()

12 当院をどのようにしてお知りになりましたか

駅の看板を見て 通勤通学路、近所 ホームページ 電話帳

家族、知人の紹介() (様) その他()