

# 小児問診票

カルテNo. \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

男・女 \_\_\_\_\_

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 リウマチ 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  
1回が長時間でも、回数を減らしたい 回数は多くても治療時間を短く  
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( )