

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 _____

H・R _____

年 _____

月 _____

日 _____

才 _____

保護者氏名 _____

住所 〒 _____

電話(携帯)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
今痛い、気になるところだけ 他にも悪いところがあれば一緒に
その他希望があれば(_____)
- 12 当院をどのようにしてお知りになりましたか
道路、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(_____)