

小児問診票

カルテNo. _____

令和 年 月 日

ふりがな

氏名

身長

体重

男・女

()cm ()kg

生年月日 H·R

年 月 日 才

保護者氏名

住所 ヶ

電話(携帯)番号

— — —

1 本日来院された理由をお聞かせください(✓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 薬、食べ物にアレルギーはありますか (はい・いいえ)
(具体的に:)

5 現在、他の医療機関に通院されていますか (はい・いいえ)

6 現在、飲んでいるお薬はありますか (はい・いいえ)
(薬名)

7 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 血液疾患 高血圧

糖尿病 てんかん ぜんそく

その他()

8 治療についてのご希望は

悪い歯はすべて治したい 今回は痛い歯だけ治したい 相談して決めたい

その他希望があれば()

9 当院をどのようにしてお知りになりましたか

看板 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()

☆ 当院がマイナ保険証により、お子様の診療情報を取得することに同意しましたか?

(はい・いいえ)

ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。