

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 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一切ございません。