

小児問診票 本日はご来院いただきましてありがとうございます

年 月 日

ふりがな お名前 男 女 生年月日 年 月 日 歳

ご住所 〒 TEL 携 帯 自 宅

通われて いる所 保育園 小学校 年 生 メール アドレス 幼稚園

ご来院されたきっかけ 紹介()様(家族/友人/その他) 評判を聞いて 近所なので
をお教えてください ホームページをみて インスタをみて 口コミをみて その他()

どうなされましたか？

予防で _____ 治療で _____
 歯の検診をしてほしい 歯が痛い 歯ぐきが痛い・腫れた
 歯石を取ってほしい むし歯がある 歯並びをキレイにしたい
 フッ素を塗ってほしい つめものが取れた 矯正相談
 歯をキレイにしてほしい その他()

歯科治療ははじめてですか？ いいえ (歳ごろ) はい

そのときの様子はいかがでしたか？ 泣いた 暴れた 協力的でうまくできた
 その他

アレルギーはありますか？ なし ある
お薬・食べ物()

現在他の病院に通院されて いますか？ なし ある
病院名()
担当医()科()先生

飲まれている薬は ありますか？ なし ある
どのようなお薬ですか？()

今までに次の病気で通院 されていますか？ なし ある
 心臓 肝臓 喘息 腎臓
 はしか 水疱瘡 おたふくかぜ 風疹
 てんかん リウマチ熱 黄痕 糖尿病
 肺炎 貧血 結核 耳
 鼻 血液 アトピー
 その他()

けがをした時に血が止まりにくかったことはありますか？ はい いいえ

お子様の性格は？ 普通 神経質 甘えん坊 のんびり
 泣きむし 怖がり 人見知り その他

次のようなクセが ありますか？ 指しゃぶり 爪をかむ 歯ぎしり 唇を吸う
 唇をかむ 舌をだして吸う その他

他の患者様のキャンセルが出た際、当医院からお電話を 差し上げた場合、治療をご希望されますか？ 希望する ご希望の連絡先 自宅 携帯
 希望しない

その他ご希望がありましたら ()
ご記入ください ()