

☆ 歯科問診表（小児用）☆

記入日： 年 月 日

ふりがな		ご紹介者	様
お名前		男・女	愛称【 】
		平成 年 月 日生（ 才）	
保護者氏名		保護者の方のご連絡先	
ご住所	〒 —	電話	（ ） —
		携帯電話	— —
		メール	@
お子様の通っている幼稚園・保育園・小学校名			
来院までの交通手段 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 地下鉄 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> その他			
当院を知っていただいたきっかけ <input type="checkbox"/> 紹介（ ）様 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

1 どうなさい ましたか？ 当てはまる所に すべてチェックを してください	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯ぐきをはれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 生え変わりが気になる <input type="checkbox"/> □内炎を治したい <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> □臭が気になる <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 詰め物 / かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> その他（ ）						
2 お痛みは ありますか？	<input type="checkbox"/> はい→今日から（ ）日前から <input type="checkbox"/> いいえ どこが痛みますか？ <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> ほおの内側 <input type="checkbox"/> 唇 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>右上</td> <td>前上</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>前下</td> <td>左下</td> </tr> </table>	右上	前上	左上	右下	前下	左下
右上	前上	左上					
右下	前下	左下					
3 今までの歯科 治療で異常は ありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 気を失った <input type="checkbox"/> 血がとまりにくい <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他（ ）						
4 お薬の副作用 はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬（・ペニシリン ・ピリン系） <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> アトピー						
5 アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 食物（ ） <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
6 他に通院されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（病院名 科）（病名）						
7 治療についてのご希望は？	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間はなるべく短く、回数はかかってもよい <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい						
9 お子様は以前に歯科治療を 受けられましたか？ その時のお子様の様子は？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 治療できた <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 嫌がった <input type="checkbox"/> 暴れた						
10 お子様は治療中に泣いて、治療を続けるのが困難になった時 症状によって、ご説明、ご相談しますが治療はどうされますか？	<input type="checkbox"/> 相談の上、決めたい <input type="checkbox"/> やめてほしい <input type="checkbox"/> 続けてほしい						
11 ご兄弟（姉妹）の受診について教えてください （お名前 続柄 年齢）（お名前 続柄 年齢）	（お名前 続柄 年齢）（お名前 続柄 年齢）						

ご記入ありがとうございました。



佐藤 歯科クリニック

～名古屋市浄心 歯の健康と歯ならびのクリニック～