

カルテNo.

歯科問診票 (子供用)

受付日

年 月 日

フリガナ		愛称	性別	生年月日
氏名	様		男・女	H・R 年 月 日
現住所	〒 -			
保護者連絡先	自宅	携帯	お子様の通ってる 幼稚園・小学校等	

[1] いかがされましたか？(複数回答可)

- 歯が痛い 虫歯を治したい つめ物・かぶせ物がとれた
 歯ぐきのはれた・痛い 歯を抜いてほしい
 クリーニング希望 予防処置の希望(フッ素・シーラント) 定期検診
 歯並びが気になる その他()

[2] 部位はどこですか？

- 左上 ・ 前上 ・ 右上
 左下 ・ 前下 ・ 右下

[3] その症状はいつからですか？ () 日前 () 週間前 () ヶ月前

[4] 今までに歯科治療を受けたことがありますか？

- ない ある → 上手にできた 泣いた 暴れた 治療を中断した
 その他()

[5] アレルギーはありますか？

- ない ある → 食べ物() 薬() その他()

[6] 現在、服用されているお薬はありますか？

- はい いいえ

[7] 現在、他の病院に通院されていますか？

- いいえ はい → 病院名: 病名:

[8] これまでに大きな病気をされた事がありますか？

- はい いいえ

[9] お子様が治療中に泣いて治療を続ける事が困難になった場合、治療をどうしますか？

- やめて欲しい 続けて欲しい 相談の上決めたい

[10] ご家族は当院に受診されていますか？

- はい いいえ

[11] 通院しやすい曜日や時間帯があれば教えてください。

()

[12] その他診療についてご心配な点・ご希望等がございましたら、ご記入ください

()