

小児歯科 問診票



年 月 日 No.

ふりがな		生年月日 性別	□平成 □令和	年 月 日	男 女
氏名	保護者様氏名:			(歳)	
住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			
		血液型	型	ご紹介者様 (間柄)	()
保育園・幼稚園 学校名	TEL	学年・組			

※当医院では個人情報保護を重視しています。より良い治療のために大切な資料となります。ご面倒をおかけしますができるだけ詳しくお答えください。

どうなさいましたか？

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしてもらいたい | <input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ひびく) | <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物がとれた |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが(痛い・はれている・血が出る) | <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする | <input type="checkbox"/> 永久歯が生えてきた |
| <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる | |
| <input type="checkbox"/> 予防・検診をしてほしい | <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング(着色・歯石とり) | <input type="checkbox"/> フッ素塗布をしてほしい |
| <input type="checkbox"/> 検診で歯科受診を指示された | <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・学校で検診結果の紙をもらった | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |

それはどのあたりですか？

- 左上 上前 右上 全体的に
左下 下前 右下
その他()

いつから痛みますか？

- 現在痛みはない 時々
今日初めて () 日前くらいから
昨日から ずっと前から

現在のお身体の調子はいかがですか？

- 良好 不良()

現在通院中の病院はありますか？

- ない
ある⇒ 病院名・診療科()

現在服用中のお薬はありますか？

- ない ある お薬名()

※ご記入いただくか、お薬手帳又は薬剤情報提供書をご提示ください。

病気で入院したことはありますか？

- ない
ある 病名()

お薬で副作用が出たことはありますか？

- ない ある お薬名()

ご病気や特異体質はありますか？

- | | | | |
|---|--|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> アレルギー(薬・食べ物・金属・ゴム・花粉・ハウスダスト等) | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> 脳疾患() | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> ちくのう症 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓疾患(A・B・C型肝炎・その他) | <input type="checkbox"/> 出血性疾患 | | |
| <input type="checkbox"/> 精神遅滞() | <input type="checkbox"/> ダウン症 | <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 | |
| <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 自閉症 | | |

最後に歯科医院で治療を受けたのはいつ頃ですか？

- 歯科治療を受けた経験がない
旧青木歯科医院で(年 月頃)
他医院で(年 月頃)
 (医院・クリニック)

治療に対して...

- 初めて こわがり とてもこわがり ある程度慣れている
母子分離を積極的にしていきたい
ファミリールーム(個室)での治療を希望
ご家族が同席して治療を進めてほしい
その他()

【治療経験のある方へ】※(麻酔や歯を抜いた時)今まで治療を受けた際に異常はありましたか？

- 異常なし
血が止まりにくかった 麻酔で気分が悪くなった
その他()

歯科治療に対して、お子様が泣いたり暴れたりした時...

- 治療をやめてもらいたい なるべく治療を続けてほしい
少しずつ慣れていくようにしたい 抑えてでも治療をしてほしい
その他()

その他、治療に対するご希望・ご相談・伝えておきたいことなどございましたら、お書きください。

当医院をお知りになったきっかけをお聞かせください。

- 旧青木歯科医院に通っていた 看板を見て ご近所 よく通るので 内覧会(相談会)で
インターネット Google Instagram ごYahoo! ホームページを見て 新聞チラシ
 ★ご家族の方がどなたか来院されていますか？ その他()
 ⇒ご家族のお名前()※フルネームでお願いします。間柄()

ご協力ありがとうございました。尚、プライバシーは厳守いたします。