

問 診 票

この問診票はお子様の治療を行う為に参考にさせていただくものです。
患者様のプライバシーは厳守いたしますので、正確にご記入下さい。

記入日 年 月 日

(ふりがな) 男
氏 名 女 生年月日 年 月 日 (歳)

学 校 名 保育園・幼稚園
小学校・中学校・高校 (年生)

家 族 構 成 父・母・兄弟姉妹(兄 歳、姉 歳、弟 歳 妹 歳) 祖父・祖母

ご紹介者 有 ・ 無 ご紹介者名 様

今回はどうされましたか	1. むし歯の治療がしたい 2. つめもの、かぶせものがとれた 3. むし歯予防がしたい(フッ素塗布、シーラント) 4. 歯が抜けない 5. 歯並びが気になる 6. その他()						
お痛みがあるのはどこですか	<table><tr><td>右上</td><td>上前</td><td>左上</td></tr><tr><td>右下</td><td>下前</td><td>左下</td></tr></table> 1. 歯 2. 歯ぐき 3. 顎(あご) 4. その他	右上	上前	左上	右下	下前	左下
右上	上前	左上					
右下	下前	左下					
歯科治療経験はありますか	1. ない 2. 健診程度 3. ある(歳頃) (その時治療はできましたか できた・できなかった)						
治療が出来なかった理由は何ですか	1. 低年齢であったため 2. チェアに寝ることができなかった 3. お口を開いていられなかった 4. 泣いていたため 5. その他()						

該当するものに○を付けて下さい

仕上げ磨きは	1 日 回 朝・昼・おやつ後・夜・寝る前
内科的病気は	ない ・ ある 心臓病 ・ 糖尿病 ・ ぜんそく 腎臓病 ・ 肝炎 ・ 血液の病気 その他（ ）
特異体質やアレルギー	ない ・ ある 症状は かぶれやすい ・ 発疹がやすい その他（ ） 原因は 薬剤（ ） 食物（ ） その他（ ）
今、お薬を	飲んでいない ・ 飲んでいる 薬品名（ ）
今までお薬を飲んで 副作用はありましたか	ない ・ ある 薬品名（ ） 症状は 発疹 ・ 下痢 ・ 吐き気 その他（ ）
今まで注射をしての 異常はありますか	ない ・ ある
歯を抜いたことは	ない ・ ある
今日の体調は	良好 ・ やや不良 ・ 不良 風邪をひいている ・ 鼻がつまっている ・ 咳がでる のどがはれている ・ 熱がある ・ その他（ ）
診療についての ご希望は	1. 今痛みのあるところ、気になるところだけ治したい 2. 悪いところは全部治したい 3. 治療終了後、定期的に検診・予防管理をしたい 4. 先生と相談の上
ご記入者	本人・父・母・祖父・祖母・その他（ ）
ご希望等ございましたらご記入下さい	
ご記入ありがとうございました	