

小児問診表

名前	フリガナ	生年 月日	平成	年	月	日
	男・女		(才)			
住所	〒 -	電話 番号	自宅 - -			
			携帯 - -			

※以下の項目は診療上必要な事柄です。記載された内容について、無断で第三者に提供することはありません。

★どのようにして当院をお知りになりましたか

1. 紹介(さんから) 2. 家が近く 3. 家族()が来ている
4. 学校・幼稚園・保育園が近く 5. ホームページを見て
6. その他()

★今日はどうなさいましたか

1. 虫歯の治療をしたい
2. 歯が痛い(どころが? いつから?)
3. 歯ぐきが痛い・腫れた(どころが? いつから?)
4. 乳歯が抜けないのに、永久歯が生えてきた
5. 歯並び、咬みあわせが気になる→資料請求をされたことが(ある・ない)
6. 歯科検診、フッ素塗布希望
7. その他()

★持病や、今までにかかった大きな病気、特異体質(アレルギー、じんましん、薬の副作用、血が止まりにくい、など)はありますか

1. ない
2. ある()

★現在、常用中の薬はありますか(ない ある→)

↳※お薬手帳のご提示をお願いします。

※裏面のご記入もお願いいたします。

★歯みがきはどのようにしていますか

1. 自分でみがく
2. 大人がみがく
3. 自分でみがいて大人が仕上げる

★親や大人に歯をみがかれたり、口の中を触られるのを嫌がりますか

1. とても嫌がる
2. 嫌がる
3. 嫌がらない

★今まで歯の治療を受けたことがありますか

1. ある（ 上手にできた できなかった ）
2. ない

★治療についての希望はありますか

1. 一度に2本でも3本でもやって、一回の治療時間は長くてもよいから、なるべく短期間で治療してほしい。☆（ 月 日 ）までに終了してほしい
2. 一度に1本ずつ、治療期間は長くなっても、一回の治療時間は短くしてほしい
3. 特になし
4. その他ご希望・留意点などがあればご記入ください

記入者のご署名・続柄 _____

※ ご記入ありがとうございました

平木歯科医院