

## 小児歯科問診票

(フリガナ)		男	生年月日 (満 歳)
お名前		女	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒	お電話番号 ( ) 携帯番号 (緊急連絡先として) ( )	
幼稚園・ 学校等の名前		愛称	ご兄弟 ( ) 人兄弟 ( ) 番目

どうなさいましたか 部位 (右・左・前) (上・下)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い、腫れた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい <input type="checkbox"/> 具体的 ( )
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 紹介者のお名前： <input type="checkbox"/> 院前を通過 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他 ( )
歯の治療の経験は？ ・その時の様子は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 上手にできた <input type="checkbox"/> 嫌がった <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 暴れた
泣いたりして治療が困難な場合	<input type="checkbox"/> 泣き方が強くなってきたら治療をやめてほしい <input type="checkbox"/> 泣いても治療を続けてほしい
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる 薬名 ( )
今まで大きな病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある 病名 ( )
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ジンマシンがやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 薬を飲むと下痢しやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 <input type="checkbox"/> 牛乳アレルギー
何か聞きたいことや分からない事がありますか？	
通院希望日時 (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 平日 (~17時まで) <input type="checkbox"/> 平日 (17時以降~) <input type="checkbox"/> 土曜日