

小児問診表

本日はご来院いただきましてありがとうございます

年 月 日

ふりがな
お名前

男・女

生年月日 平成

年

月

日

歳

ご住所

〒

TEL 自宅

携帯

通われている所

保育園
幼稚園

小学校

年生

呼び名

ちゃん
くん

ご来院されたきっかけを
お教えてください

- 紹介()様より(家族/友人/その他) 評判を聞いて
 近所なの ホームページをみて その他()

どうなされましたか？

- 予防で 治療で
- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯の検診をしてほしい | <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れた |
| <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい | <input type="checkbox"/> むし歯がある | <input type="checkbox"/> 歯並びをキレイにしたい |
| <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい | <input type="checkbox"/> つめものが取れた | <input type="checkbox"/> 矯正相談 |
| <input type="checkbox"/> 歯をキレイにしてほしい | <input type="checkbox"/> その他() | |

歯科治療ははじめてですか？ いいえ (歳ごろ) はい

そのときの様子はいかがでしたか？ 泣いた 暴れた 協力的でうまくできた
 その他

アレルギーはありますか？ なし ある
お薬・食べ物()

現在他の病院に通院されて
いますか？ なし ある
病院名()
担当医(科) () 先生

飲まれている薬は
ありますか？ なし ある
どのようなお薬ですか？ ()

今までに次の病気で通院
されていますか？ なし ある

<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 喘息
<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> 水疱瘡
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> てんかん
<input type="checkbox"/> リウマチ熱	<input type="checkbox"/> 黄疸	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/> 耳	<input type="checkbox"/> 鼻	<input type="checkbox"/> 血液
<input type="checkbox"/> アトピー	<input type="checkbox"/> その他()	

けがをした時に血が止まりにくかったことはありますか？ はい いいえ

お子様の性格は？ 普通 神経質 甘えん坊 のんびり
 泣きむし 怖がり 人見知り その他

次のようなクセが
ありますか？ 指しゃぶり 爪をかむ 歯ぎしり 唇を吸う
 唇をかむ 舌をだして吸う その他

他の患者様のキャンセルが出た際、当医院からお電話を
差し上げた場合、治療をご希望されますか？ 希望する ご希望の連絡先 自宅 携帯
 希望しない

その他ご希望がありましたら ()
ご記入ください ()