

受付日 年 月 日

カルテ番号 No. _____

問診票（小児用）

当医院は患者様の健康状態を把握した上で安全な歯科治療に努めたいと考えております。以下の御質問にお答えください。（秘密は厳守致します）

お名前（フリガナ） 様	生年月日 年 月 日	ご年齢 歳	性別 男・女
御住所 〒 _____ 学校名 _____			
御連絡先 ご自宅 _____ ご携帯 _____			
問診票記入者 お名前 _____ 様 ご関係 父、母、祖父、祖母、その他（_____）			

① 本日はどうなさいましたか？

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い 詰め物がとれた 虫歯治療希望
 検診希望 その他（_____）

② どの部位ですか？

（ 上・ 下 ） の （ 左・ 前・ 右 ）

③ いつからですか？

- 今日から () 日前から ずっと前から 時々 その他（_____）

④ 今までに歯科治療をしたことがありますか？

- いいえ
 はい（その時 / 上手にできた・嫌がった・泣いた・あばれた）

⑤ 歯科や医科の麻酔で異常があったことはありますか？

- いいえ はい（具体的に_____）

⑥ 通院中、治療中のご病気はありますか？過去に治療したことはありますか？

- なし 喘息 心臓疾患 脳神経疾患 腎臓病 甲状腺疾患
 てんかん アレルギー その他（_____）

⑦ 現在服用中のお薬はございますか？

- いいえ
 はい（お薬の名前/_____）

⑧ 今までにお薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？

- いいえ はい（薬品名； _____ 症状_____）

※裏面へ続きます

⑨治療中お子様が泣いてあばれたらどうしますか？

- 泣いても続けてほしい
- 治療を中断してほしい

⑩ 習慣的に食べる（飲む）ものはありますか？

- いいえ
- はい（具体的に.....）

⑪ 仕上げ磨きはどの程度行っていますか？

- 毎日
- たまに
- 全くしていない

⑫ ご兄弟、姉妹はいらっしゃいますか？

- いいえ
- はい（ 兄.....人、姉.....人、弟.....人、妹.....人 ）

⑬ご希望の治療をお教え下さい（複数回答可）

- 痛いところ、希望するところだけ治療してほしい
- 悪いところは全部治療してほしい
- フッ化物塗布を定期的にしてほしい
- 虫歯治療終了後も定期的に検診をしてほしい
- 保隙装置なども積極的に使用したい
- その他（.....）

⑭通院可能な日時をお答えください（複数回答可）

- 月曜
- 火曜
- 水曜
- 木曜
- 金曜
- 土曜
- 午前
- 午後
- 午後5時以降
- いつでもよい

⑮ご来院頂いた動機についてお教えください（複数回答可）

- 知人（.....様）の紹介
- ホームページを見て
- 看板を見て
- 自宅、職場から近いから
- その他（.....）

⑯当院へのご希望、ご要望がございましたらお教えください

（.....）

※以上で問診は終了となります。ご協力ありがとうございました。