

令和 年 月 日

問 診 票

小児用（0～18歳）

ふりがな

氏名 男 / 女 生年月日： 年 月 日生 （ 歳）

住所 〒 -

電話番号： (続柄：) 学年：

○お口の中の症状、気になる事をおしえてください。（複数選択可）

☐ 定期検診 ☐ 歯が痛い ☐ むし歯が気になる ☐ 歯並びの相談

☐ その他（ ）

○過去に歯医者さんに行った経験をおしえてください。

☐ ない ☐ ある → 最後の受診はいつですか？ ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ 1年以上前

○過去に麻酔の注射をしたことはありますか？

☐ ない ☐ ある → 状態はどうでしたか？ ☐ 問題なし ☐ 吐いた ☐ 発疹が出た ☐ 発作が起きた

○おやつ時間は決まっていますか？

☐ 決まっていない ☐ 決まっている だいだい 時くらい 回 / 1日

○おやつは主に何が多いですか？

○飲み物は何が多いですか？

○歯磨きの様子をおしえてください。

自分磨き ☐ やらない ☐ やる (回/1日)
仕上げ磨き ☐ やらない ☐ やる (回/1日) (嫌がる ・ 嫌がらない)

○今までにかかったことのある病気、通院している病院、服用している薬があればおしえてください。

病名：

病院名：

担当医：

薬名：

○アレルギーはありますか？

☐ ない ☐ ある ()

○兄弟・姉妹はいますか？

☐ いない ☐ いる (兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 人兄弟/姉妹)

○当クリニックにご来院されたのは？

☐ ご家族のご紹介〔お名前 〕 ☐ 知人のご紹介〔お名前 〕
☐ 家が近い ☐ インターネットを見て ☐ 通園、通学している園/学校が近い

○治療への不安なことやご希望がございましたらご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。お手数ですが受付にお渡しの上、もうしばらくお待ちください。