



小児歯科問診表

年 月 日

ふりがな お名前		男・女	平・令 (才)	家庭での 呼び方	
			年 月 日生		

お住まい	〒 - 自宅電話 ()	連絡方法をお選びください <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> SMS
------	--------------	--

携帯電話番号		ご予約前の確認連絡・定期検診 などのお知らせをお送りします → 便利なのでご記入ください
メールアドレス (PC / 携帯)		

どうなさいましたか？
(詳細にご記入ください)

お子さまの性格について 神経質 人見知り こわがり その他 ()

お子さまが興味の持っているものは

定期的に通院する病院は？ また、服用している薬は？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	(病名) (医院名 / 医師名) (薬剤名)
------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------

現在、通院中の病院は？ また、服用中の薬は？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 貧血になった (具体的に)
---------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---

薬や食べ物などのアレルギー または、特異体質などは？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	<input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 (原因)
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--

大きな病気や、ケガ をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	(病名)
---------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------

歯医者さんに行ったことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	上手にできましたか？	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった
------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------	------------------------------	---------------------------------

歯医者さんで麻酔 (注射) をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	その際具合が 悪くなったことは ありますか？	<input type="checkbox"/> なった	<input type="checkbox"/> ならなかった
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------------

ケガをした時など、 血が止まりにくいことはあ りましたか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--

お子さまが治療を嫌がって、 泣いたり暴れたりしても治療 を続けますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 場合によって相談
---	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

お子さまの家庭及び現在の状況について記入してください。 ☆書ける範囲で結構です

	間柄	年齢	学校 / 職業	虫歯の有無	歯並び (かみ合わせ)
本人	本人			あり・なし・治療済み	良・不良
ご家族	お父さん			あり・なし・治療済み	良・不良
	お母さん			あり・なし・治療済み	良・不良
	兄弟			あり・なし・治療済み	良・不良
	姉妹			あり・なし・治療済み	良・不良
	祖父母			あり・なし・治療済み	良・不良
	他			あり・なし・治療済み	良・不良

すすしろ歯科を どうやって知りましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 近所に住んでいる <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------------------	---

その他、ご要望や特記事項、 スタッフが知っておいたほう が良いことはありますか？		すすしろ歯科
--	--	---------------