



# 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？	<b>すすしろ歯科</b>
--	---------------

\* 記入された個人情報は、すすしろ歯科個人情報保護に基づき、治療や予約など必要な事以外には使用いたしません。



# 問診表

年 月 日

ふりがな お名前			男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生	血液型	紹介者	様
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？	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 前につめた物がとれた <input type="checkbox"/> 歯肉がはれた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 顎関節が痛む <input type="checkbox"/> その他( )						
どこが痛みますか？ いつから痛みますか？	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 顎	<input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 日くらい前から <input type="checkbox"/> 現在痛みはない	<input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から
痛み方は？	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ズーっと <input type="checkbox"/> 噛んだ時に痛む <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 甘いもので痛む <input type="checkbox"/> その他 ( )						
麻酔の注射や、歯を抜いて異常があったことは？	<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"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 (原因) _____				
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 →	(病名) (医院名 / 医師名) (薬剤名)				
入院、手術、輸血の経験は？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 _____ 年前ごろ 病名 _____				
現在内科的な病気は？ 過去にかかったことは？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧 ( ) <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 低血圧 ( ) <input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C・他) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( ) <input type="checkbox"/> 脳神経疾患					
その他、特別なことは？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> めまい、たちくらみ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 妊娠 _____ ヶ月 <input type="checkbox"/> 産後 _____ ヶ月					
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 ( )						
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> いま痛むところだけ治療したい						
治療方法の希望は？	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> 保険のきかないところは自費でも構わない (話を聞きたい) <input type="checkbox"/> 最も良い材料、良い方法で治療したい (自費治療)						
治療や予約に関してご希望は？	治療を _____ 年 _____ 月 _____ 日までに終了したい 予約の曜日は _____ 曜日の _____ 時ごろがいい						
その他、ご要望はありますか？							すすしろ 歯科

\*記入された個人情報は、すすしろ歯科個人情報保護に基づき、治療や予約など必要な事以外には使用いたしません。