

# 問診票（お子さま用）

※保護者の方が記入してください。

来院日： 年 月 日（ ）

|          |          |       |           |
|----------|----------|-------|-----------|
| ふりがな     |          | ふりがな  |           |
| お子さまのお名前 |          | 保護者氏名 |           |
| 住所       | 〒        |       |           |
| 生年月日     | 平成 年 月 日 | 年齢    | 歳 ヶ月（学年 ） |
| 自宅電話     | （ ）      |       | 携帯番号（ ）   |
| 幼・保学校名   | 電話（ ）    | ご紹介者  | 様         |

## ◆どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい 歯が痛い・しみる 検診を受けたい 入れ歯・さし歯を入れたい  
詰め物がとれた 歯肉がはれた・痛い 歯の清掃をしたい  
その他（ ）

## ◆処置が必要な場所はどこですか？

- 上・右奥歯 上・前歯 上・左奥歯  
下・右奥歯 下・前歯 下・左奥歯  
その他（ ）

## ◆いつから痛みますか？

- 現在痛みは無い 今日初め 昨日から 時々 （ ）日くらい前から ずっと前から

## ◆歯の治療は初めてですか？

- 初めて 経験がある

## ◆麻酔をしたことがありますか？

- 初めて 経験がある

## ◆麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありますか？（気分が悪くなる、貧血、出血など）

- ない ある（ ）

## ◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある（原因 症状 ）

## ◆現在薬を飲んでいますか？ 飲んでいない 飲んでいる（薬名： ）

## ◆現在または過去に病気をしたことはありますか？（喘息、アトピー、心臓・肺・胃腸・脳神経疾患など）

- ない ある（ ）

## ◆本日の健康状態はいかがですか？ 健康 風邪気味 熱がある その他（ ）

## ◆お子さまの性格は 甘えん坊 泣き虫 おとなしい 活発

## ◆お子さまの愛称は（ ）

## ◆予約の曜日・時間帯に関してご希望がありますか？（予約は 曜日 時頃が良い）

## ◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 インターネット 通勤・通学路 パンフレット・チラシ 通りがかり 電話帳  
その他（ ）