

小児歯科問診票

ふりがな

お名前 _____ 呼び名 _____ 性別：男・女

生年月日：平成____年____月____日(____才____ヶ月) _____幼稚園・学校

ご住所 _____ お電話番号 _____

保護者名 _____

保護者への連絡方法：

自宅に電話 ・ 携帯に電話(携帯電話番号 _____ - _____)

当院を何で知りましたか？ ご紹介(_____)・HPを見て・その他(_____)

1.今日はどうされましたか？

- むし歯 歯が痛い 歯ぐきの腫れ 歯がぐらぐら
歯並び 外傷 検診 予防処置 歯磨きの指導
その他(_____)

2.歯科にかかるのは初めてですか？ はい・いいえ(_____ 年 _____ 月以来)

3.歯科治療で麻酔をしたことがありますか？ はい・いいえ

4.歯科治療で歯を抜いたことがありますか？ はい・いいえ

5.けがをしたときなど、血が止まりにくいですか？ はい・いいえ

6.アレルギーがありまか？ はい・いいえ

「はい」の方 アトピー 湿疹 薬疹(_____) 食べ物(_____)
その他(_____)

7.全身的な病気・障害がありますか？ はい・いいえ

「はい」の方 病名(_____)
通院医療機関(_____) 担当医(_____)

8.常用している薬はありますか？

- はい(薬名： _____)
いいえ

