

歯科問診表（小児用）

記入日： 年 月 日

ふりがな	ご紹介者	
お名前	男・女	
	愛称 []	
保護者氏名	平成 年 月 日生 (才)	
ご住所	保護者の方のご連絡先	
	電 話	() - -
	携帯電話	- -
	メール アドレス	@ . . .
お子様の通っている幼稚園・保育園・小学校名		

お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付け下さい。

1 どうなさい ましたか？ 当てはまる所に すべてチェックを してください	虫歯を治したい 歯ぐきから血がでる 歯並びを治したい 予防処置 フッ素塗布 その他()	歯がぐらぐらする 歯を白くしたい 生え変わりが気になる 歯石をとってほしい 検診	歯ぐきがはれた 歯並びが気になる 口内炎を治したい 口臭が気になる 詰め物 / かぶせ物がとれた									
2 お痛みは ありますか？	はい (・今日から ・()日前から) どこが痛みますか？	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">歯</td> <td style="padding: 2px;">歯ぐき</td> <td style="padding: 2px;">あごの関節</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">右上</td> <td style="padding: 2px;">前上</td> <td style="padding: 2px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">右下</td> <td style="padding: 2px;">前下</td> <td style="padding: 2px;">左下</td> </tr> </table>	歯	歯ぐき	あごの関節	右上	前上	左上	右下	前下	左下	いいえ
歯	歯ぐき	あごの関節										
右上	前上	左上										
右下	前下	左下										
3 今までの歯科 治療で異常は ありましたか？	ない ある	気分が悪くなった 血がとまりにくい その他()	気を失った 熱が出た									
4 お薬の副作用 はありますか？	ない ある	薬(・ペニシリン ・ピリン系) 麻酔 クロルヘキシジン	ヨード									
5 アレルギーは ありますか？	ない ある	ぜんそく 食物() その他()	アトピー 鼻炎									
6 過去又は現在 内科的な病気 はありますか？	ない ある	肝臓 (A / B / C / 慢性) 肝炎 心臓 じん臓 胃腸 糖尿 (発症の時期：) その他()	膠原病 甲状腺 うつ病 現在の数値)									
7 他に通院されていますか？	いいえ はい (病院名 科) (病名)											
8 治療についてのご希望は？	悪いところは全部治したい 気になっているところだけ治したい 1回の治療時間は長てもいいが、なるべく回数を少なくしたい 1回の治療時間はなるべく短く、回数がかかってもよい 相談しながら治療したい											
9 お子様は以前に歯科治療を 受けられましたか？ その時のお子様の様子は？	いいえ はい (年 月頃) 治療できた 泣いた 嫌がった 暴れた											
10 お子様が治療中に泣いて、治療を続けるのが困難になった時 症状によって、ご説明、ご相談しますが治療はどうされますか？	相談の上、決めたい やめてほしい 続けてほしい											
11 ご兄弟(姉妹)の受診について教えてください	(お名前 続柄 年齢) (お名前 続柄 年齢)	続柄 年齢) 続柄 年齢)										
12 その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください												

【痛くない】【怖くない】【心地よい】治療を目指して…

患者様にあらゆる面で感動していただけるようスタッフ一同精一杯のお手伝いをさせていただきます。

