



## お子さま問診票

No.

●ご記入いただいた内容を、治療以外の目的で使用する事はありません。

ふりがな		性別	男 女	生年月日	平成 年 月 日 ( 才 ヶ月)
お名前	声をかける時の愛称 ( )	学校名	保育園 幼稚園 小学校		
ご住所	〒				
保護者電話番号	ご自宅 ( - - ) 携帯番号 ( - - )	好きなこと	※治療を嫌がった際の対応のため		

●これからお伺いする内容は良い診療を行うための大切な確認事項です。お手数ですが、わかる範囲でお答えください。

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者のお名前: )様 <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 雰囲気が良さそう <input type="checkbox"/> 医院を直接見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他( )
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> フッ素 <input type="checkbox"/> 乳歯を抜いてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他( )
どこが痛みますか	<input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 右下奥 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下奥 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ( )日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 鼻の病気 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他の感染症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特にない ※その他病気にかかっていた時期( )
今まで歯科医院にかかったことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(その時のお子さん: 治療できた・泣いた・あばれた)
歯の治療について、おさんは	<input type="checkbox"/> こわがり(音・振動・白衣・麻酔・他) <input type="checkbox"/> 痛がり <input type="checkbox"/> 吐き気がしやすい <input type="checkbox"/> 見た目を気にする <input type="checkbox"/> その他( )
治療について	<input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 悪いところだけ治したい
お子さんが治療をいやがり、あばれたときは	<input type="checkbox"/> 治療途中でやめてほしい <input type="checkbox"/> 押さえてでも治療を続けてほしい <input type="checkbox"/> 先生にお任せします
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名 )
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類 )
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )
歯磨きは	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 保護者がしている <input type="checkbox"/> 仕上げを保護者がしている
よく飲むものは	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> その他
矯正に興味はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
その他治療に関するご希望	