

歯科問診表（小児用）

記入日： 年 月 日

ふりがな		ご紹介者	様
お名前		男・女	愛称【 】
		平成	年 月 日生(才)
保護者氏名		保護者の方のご連絡先	
ご住所	〒 -	電話	() -
		携帯電話	- -
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？

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 健診 | <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 歯が生えてきた |
| <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい | <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる |
| <input type="checkbox"/> 着色が気になる | <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる |
| <input type="checkbox"/> フッ素塗布 | <input type="checkbox"/> 歯茎がはれた | <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 予防処置 | <input type="checkbox"/> 血が出る | |

2. お痛みはありますか？

- はい → 今日から・()日前から いいえ

どこが痛みますか？

- 歯 歯ぐき あごの関節

痛みがある箇所に○をつけて下さい。 →

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

「ある」方、どのようにになりましたか？

麻酔をしたことはありますか？ はい いいえ

4. 体に合わないお薬はありますか？

- ない ある 薬(ペニシリン・ピリン系) ヨード
 麻酔 クロルヘキシジン

5. アレルギーはありますか？

- ない ある ぜんそく アトピー その他()
 食物() 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

「ある」方、..... 才の時

どのような病気ですか？

7. 現在、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 気になるところだけ治したい

9. お子様は以前に歯科治療を受けられましたか？

いいえ はい → (年 月頃)

その時のお子様の様子は？

治療できた 泣いた 嫌がった 暴れた

10. お子様が生療中に泣いて、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. その他、ご希望等ございましたらご記入ください。

.....
.....