

No (スタッフ記入)

# 小児問診票

令和 年 月 日

(中学3年生まで)

フリガナ

愛称(呼び名)

生年月日: 平・令 年 月 日

氏名:

( )

年齢 歳 ヶ月

〒 住所:

携帯電話

緊急連絡先(ご本人以外)

(続柄 )

ご所属 ( ) 学校 / 幼稚園 / 保育園

(以下該当項目に○をつけてください)

同居家族構成	・祖父 ・祖母 ・父 ・母 ・兄 ・姉 ・弟 ・妹 ・その他( )
お子様の性格	・怖がり ・おしゃべり ・活発 ・人見知り ・おとなしい ・その他( )
来院理由	・虫歯 ・痛い ・虫歯予防 ・検診 ・歯並び ・ケガ ・学校検診の結果 ・その他(具体的に ) ※症状がある場合…いつからですか? ( )
歯科医院は初めてですか	・今まで一度もない(初めて) ・ある → それはいつ頃ですか( 年 月頃 or 歳頃) → その時何をしましたか( ) → その時上手にできましたか ・できた ・応急処置のみ ・できなかった
歯科治療時に異常はありましたか	・なし ・麻酔時の異常 ・血が止まりにくい ・気分が悪くなった ・口が開けづらい ・嘔吐反射がある ・その他( )
アレルギーはありますか	・なし ・ある → (具体的に: )
今までに右の欄の病気をしたことがありますか	・いいえ ・はい → 下記からお選びください [ ・心疾患 ・喘息 ・アトピー ・扁桃腺 ・ひきつけ ・慢性鼻炎 ・小児てんかん ・アデノイド その他( ) ]
飲んでいる薬はありますか	・いいえ ・はい(いつから: 病名 ) → お薬手帳 ・有 ・無
治療期間の制限はありますか	・なし ・ある( 年 月 日まで)
歯磨きはいつしますか	・朝 ・昼 ・夕 ・寝る前 ・その他( )
仕上げ磨きはしますか	・しない ・する → 誰がしますか( )
親御さんの歯並びについて	・受け口 ・歯並びがガタガタしている ・前歯が出ている ・噛み合わせが悪い
当院を何で知りましたか	・紹介(紹介者 様) ・インターネット ・看板 ・通りすがり ・その他( )

- ・ 当院では虫歯予防のために定期的なフッ素塗布をお勧めしていますが希望されますか ・希望する ・希望しない
- ・ 当院では虫歯予防のために必要に応じてシーラント(※歯の溝を白いプラスチック樹脂で埋めることで、歯の溝の部分に汚れが溜まるのを防ぐもの)をお勧めすることがありますが、希望されますか ・希望する ・希望しない

——— 以下、診察に際しての同意事項になります。ご理解いただきチェックをお願いいたします ———

- ・ 詳しく説明させていただくために、当院では必要に応じて口の中のカラー写真を撮影しております

同意する

- ・ お口の中全体を確認するために口腔内全体のレントゲン写真をお撮りすることがあります

同意する

ご記入いただきましてありがとうございます

痛い、の前に、会いたい こうの歯科(医療法人社団 貴和会)