☆ 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	〒　　－	日中（自宅・勤務先・携帯）	
		夕方以降（自宅・勤務先・携帯）	
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　☐ 歯がぐらぐらする　☐ 歯ぐきがはれた ☐ 歯ぐきから血がでる　☐ 歯を白くしたい　☐ 歯並びが気になる ☐ 歯並びを治したい　☐ 生え変わりが気になる　☐ 口内炎を治したい ☐ 予防処置　☐ 歯石をとってほしい　☐ 口臭が気になる ☐ フッ素塗布　☐ 検診　☐ 詰め物／かぶせ物がとれた ☐ その他（　　）
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 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　☐ 気を失った ☐ 血がとまりにくい　☐ 熱が出た ☐ その他（　　）
4 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／アルコール）肝炎 ☐ 心臓　☐ 膠原病 ☐ じん臓　☐ 甲状腺 ☐ 胃腸　☐ うつ病 ☐ 糖尿（発症の時期：　現在の数値　） ☐ その他（　　）
5 飲んでいるお薬はありますか？	☐ ない　☐ ある （お薬名：　　）
6 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　☐ ヨード　☐ クロルヘキシジン
7 アレルギーはありますか？	☐ ない　☐ ある　☐ ぜんそく　☐ 鼻炎　☐ アトピー ☐ 食物（　　）　☐ その他（　　）
8 他に通院されていますか？	☐ いいえ　☐ はい　（病院名　　科）（病名　　）
9 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回の治療時間は長くてもいいが、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、回数はかかってもよい ☐ 相談しながら治療したい
10 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
11 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
12 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　）（お名前　　続柄　　年齢　）
13 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。

Horikawa-Hongo Dental Clinic