

小児問診表

平成____年 月 日

紹介者_____

ふりがな

お名前_____

愛称_____ちゃん

生年月日 平成18年 月 日 (歳 ヶ月)

〒 () - ()

住所_____

電話番号_____

お尋ねします。下記の質問にお答え下さい。

当医院は初めてですか？ 1. 初めて 2. 前に来たことがある (年前頃)

歯科治療をしたことは？ 1. 初めて 2. ある (出来た・泣いて出来なかった)

お子さんの健康状態は？ 1. 普通 2. あまり良くない

アレルギーはありますか？ 1. なし 2. あり (麻酔・薬・食品)
薬_____ 食品_____

今までにかかった病気は？ 1. なし 2. あり ()

現在かかっている病気は？ 1. なし 2. あり ()

かかりつけの病院は？ 病院名 () () 先生

治療について

1. 虫歯の治療をしたい
2. 虫歯の予防をしたい
3. 歯並びが悪いので見てほしい
4. その他 ()

虫歯予防について、(フッ素、シーラント)をご存知ですか？

1. 知っている
2. 知らない

治療注意してほしいことや、希望がありましたらお書きください。

()