



問診票 《お子様用》 記入日

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
名前		男・女	西暦 年 月 日	歳
保護者氏名 (続柄:)		保育園・幼稚園 学校名		
住所	(〒 —)	連絡がとれる 電話番号		

◎今の症状と希望する治療内容をお聞かせ下さい。(複数可)

- 歯の健康診断をしたい 歯が痛い 歯がしみる 歯茎が腫れた くちの中にできものができた
 黒くなっている 虫歯の治療をしたい つめもの・かぶせものが取れた 歯を抜いてほしい
 歯が生えてきた 口臭が気になる 着色や汚れをとってほしい 学校健診で受診するよう言われた
 虫歯になりにくい予防法を知りたい その他(



◎歯並びについてお聞かせ下さい。

- 歯並びが気になる(矯正治療を希望する 必要があればする しない 相談して決めたい)
 特に気にならない(矯正治療を希望する 必要があればする しない 相談して決めたい)
 その他(

◎内科的な疾患や特別な体質はありますか? ない ある ※“ある”とご回答された方は以下にご記入下さい。

- 心臓病 腎臓病 糖尿病 肝臓病 血液疾患 てんかん ぜんそく 貧血 蓄膿症
 肝炎(型) ※家族の方にいらっしゃいますか?(いる・続柄: ・いない)

※よろしければ具体的な病名・かかりつけ医院を教えてください。

(病名:) (医院・病院)

- アレルギー⇒(具体的に)
 鼻炎症状(鼻づまり)
 アトピー性皮膚炎 蕁麻疹がやすい 出血が止まりにくい
 その他(

◎お子さまの精神発達について気になる所はありますか? ない ある

こちらで気を付けることがありましたら教えてください 例) 音や光に敏感など
()
診断名があれば記入をお願いします。()

◎服用されているお薬はありますか? ない ある(具体的に)

◎お薬の副作用・アレルギーはありますか? ない ある(具体的に)

◎歯科医師の判断の下、必要な場合は下記の内容を行ってもよろしいでしょうか。

同意された場合は、その都度保護者の方への確認を控えさせていただきます。

- レントゲン撮影 同意する 同意しない その都度確認してほしい
- 麻酔 同意する 同意しない その都度確認してほしい
- フッ素塗布 同意する 同意しない その都度確認してほしい

※ “その都度確認してほしい” を選択された場合、お子様がお一人で来院される際は、常にご連絡がとれるようにしておいて下さい。確認が出来ない場合は、予定通りの内容が行えないこともございますのでご了承下さい。