

問診票 (小学生以下)

記入日 年 月 日

ここで記入していただいた内容を治療以外の目的で使用することはありません。

|             |             |            |                                                         |                     |
|-------------|-------------|------------|---------------------------------------------------------|---------------------|
| ふりがな<br>お名前 | 愛称          | 男<br>女     | 生年月日                                                    | 平成 年 月 日<br>( 歳 ヶ月) |
| 住所          | 自宅電話        |            |                                                         |                     |
|             | 携帯電話        |            |                                                         |                     |
| 保護者氏名       | 続柄 ( )      | ごきょうだい ( ) | ( ) 人きょうだいの ( ) 番目・ひとりっ子                                |                     |
| 学校名         | 保育園・幼稚園・小学校 | こちらから連絡し   | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 |                     |
|             |             | てもよい連絡先    | <input type="checkbox"/> 保護者の勤務先( )                     |                     |
| 紹介者         | 様           | 希望診療時間     | 曜日 午前・午後 時                                              |                     |

|                                            |    |    |    |
|--------------------------------------------|----|----|----|
| どうなさいましたか                                  | 右上 | 前上 | 左上 |
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる          | 右下 | 前下 | 左下 |
| <input type="checkbox"/> 歯に穴があいた           |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れている・血が出る |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 乳歯がぐらぐらする         |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものがとれた    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 学校検診の結果           |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 悪いところがないか診てほしい    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 歯ならび・かみ合わせが気になる   |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい        |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 口の中をけがした          |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> その他               |    |    |    |
| ( )                                        |    |    |    |
| いつからですか                                    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 今日                |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> ( ) 日前から          |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> その他               |    |    |    |
| ( )                                        |    |    |    |
| 今は                                         |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 痛くない              |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 少し痛い              |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> ひどく痛い             |    |    |    |
| 現在または過去に通院、入院するような病気の経験がありますか              |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> ない                |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 心臓病               |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病               |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病               |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 血液の病気             |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 喘息                |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 鼻の病気              |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎          |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 他の感染症             |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> その他               |    |    |    |
| ( )                                        |    |    |    |
| 現在、ほかの医療機関に通院していますか                        |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> いいえ               |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> はい                |    |    |    |
| 医療機関名( )                                   |    |    |    |
| 現在飲んでいる薬はありますか                             |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> いいえ               |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> はい                |    |    |    |
| 薬の名前( )                                    |    |    |    |
| アレルギーはありますか                                |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> いいえ               |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> わからない             |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> はい                |    |    |    |
| 薬、食べ物、花粉、他( )                              |    |    |    |

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| 今まで歯科医院にかかったことはありますか                                 |
| <input type="checkbox"/> ない                          |
| <input type="checkbox"/> ある ( ) 歳ごろ                  |
| そのときの治療の様子は                                          |
| <input type="checkbox"/> 上手にできた                      |
| <input type="checkbox"/> 嫌がった                        |
| <input type="checkbox"/> 泣いた                         |
| <input type="checkbox"/> 暴れた                         |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                     |
| 歯の麻酔をしたことがありますか                                      |
| <input type="checkbox"/> ない                          |
| <input type="checkbox"/> ある                          |
| 歯科治療に対し、お子様の様子は                                      |
| <input type="checkbox"/> 上手にできると思う                   |
| <input type="checkbox"/> こわがっている                     |
| <input type="checkbox"/> 嫌がっている                      |
| <input type="checkbox"/> 泣くと思う                       |
| <input type="checkbox"/> 抵抗すると思う                     |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                     |
| 歯みがきは                                                |
| <input type="checkbox"/> 自分でしている                     |
| <input type="checkbox"/> 保護者がしている                    |
| <input type="checkbox"/> 仕上げを保護者がしている                |
| ブラッシング指導を受けたことがありますか                                 |
| <input type="checkbox"/> はい                          |
| <input type="checkbox"/> いいえ                         |
| “はい”と答えた方で、ブラッシング指導を受けたのはどなたですか                      |
| <input type="checkbox"/> お子様                         |
| <input type="checkbox"/> 保護者                         |
| 食事の時間、おやつ時間は決まっていますか                                 |
| <input type="checkbox"/> はい                          |
| <input type="checkbox"/> いいえ                         |
| どのような治療を希望されますか                                      |
| <input type="checkbox"/> 困っているところだけを治療したい            |
| <input type="checkbox"/> 時間がかかってもよいので、悪いところはすべて治療したい |
| その他、診察に対してご希望がありましたら、遠慮なくご記入ください。                    |

ありがとうございました。

ひらしま歯科