

歯科問診票（小児用）

記入日： 年 月 日

ふりがな		ご紹介者	様
名前		男・女	愛称【 】
		年 月 日（ 才）	
保護者氏名		保護者の方のご連絡先	
住所	〒 —	電話（ ）	—
		携帯電話	— —
		メールアドレス	@
お子様の通っている幼稚園・保育園・小学校名			

1. 来院された理由をご記入ください。（いつから、どこが、どのように困っているかを出来るだけ詳しく）

2. 今までに歯科治療を受けたことがありますか？

- ない ある → 上手にできた 泣いた 暴れた 治療を中断した
 その他（ ）

3. 歯科で注射の経験はありますか？ ない ある

4. アレルギーはありますか？

- ない ある → ぜんそく アトピー 食物（ ） 鼻炎
 その他（ ）

5. 今までに身体に合わない薬はありましたか？（蕁麻疹がでたなど）

- ない ある → 薬（・ペニシリン・ピリン系） 麻酔 ヨード
 クロロヘキシジン その他（ ）

6. 今現在、服用されているお薬があれば教えてください。

7. ひきつけ（けいれん）を起こしたことはありますか？

- ない ある

8. 今現在、他の病院に通院されていますか？

- いいえ はい →（病院名： 病名： ）

9. 治療についてご希望はありますか？（悪い所は全て直したい、希望する所だけ等あればご記入ください）

10. お子様が治療中に泣いて治療を続けることが困難になった時、症状によってご説明・ご相談しますが治療はいかがなさいますか？

- 相談の上、決めたい やめてほしい 続けてほしい

11. ご家族は当院に受診されていますか？

- はい いいえ

12. その他お子様の診療にあたり配慮すべき点や気をつけておくべき点などがありましたらご記入ください。安心して通院していただきたいと考えておりますので、できる限り診療に反映させていただきます。