

## 問 診 票 (お子さま用)

※保護者の方が記入してください。

来院日： 年 月 日 ( )

ふりがな		ふりがな	
お子さまのお名前		保護者氏名	
住 所	〒		
生年月日	平成・令和 年 月 日	年 齢	歳 ヶ月(学年 )
自宅電話	( )	携帯番号	( )
幼・保学校名	電話 ( )	ご紹介者	様

## ◆どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい      歯が痛い・しみる      検診を受けたい      入れ歯・さし歯を入れたい  
詰め物がとれた      歯肉がはれた・痛い      歯の清掃をしたい  
その他 ( )

## ◆処置が必要な場所はどこですか？

- 上・右奥歯      上・前歯      上・左奥歯  
下・右奥歯      下・前歯      下・左奥歯  
その他 ( )

## ◆いつから痛みますか？

- 現在痛みは無い      今日初め      昨日から      時々       ( ) 日くらい前から      ずっと前から

## ◆歯の治療は初めてですか？

- 初めて      経験がある

## ◆麻酔をしたことがありますか？

- 初めて      経験がある

## ◆麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありますか？(気分が悪くなる、貧血、出血など)

- ない      ある ( )

## ◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない      ある (原因 症状 )

◆現在薬を飲んでいますか？ 飲んでいない 飲んでいる (薬名： )

## ◆現在または過去に病気をしたことはありますか？(喘息、アトピー、心臓・肺・胃腸・脳神経疾患など)

- ない      ある ( )

◆本日の健康状態はいかがですか？ 健康 風邪気味 熱がある その他 ( )◆お子さまの性格は 甘えん坊 泣き虫 おとなしい 活発

## ◆お子さまの愛称は ( )

## ◆予約の曜日・時間帯に関してご希望がありますか？(予約は 曜日 時頃が良い)

## ◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介      インターネット      通勤・通学路      パンフレット・チラシ      通りがかり      電話帳  
その他 ( )