

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	男・女	保護者氏名	
住所	〒		
生年月日	平成 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 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 今日初めて 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)

◆持病または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 心臓疾患 糖尿病 胃腸疾患 腎疾患 肝炎
ぜんそく 脳疾患 甲状腺疾患 骨粗しょう症 皮膚疾患
その他 ()

◆現在薬を飲んでいますか？ 飲んでいない 飲んでいる (薬名：)

◆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 ()

◆その他ご要望があればご記入ください

()