

小児歯科初診問診表

お子様の健康状態を知り、診療の参考にさせていただきます。適切かつ安全な歯科診療のために、お手数ですがご記入をお願い致します。内容は診療関係者以外に知らせる事はありませんので、正確にお答え下さい。不明な点は、お尋ね下さい。

ふりがな

お名前 _____ 男・女 記入年月日 20____年____月____日

生年月日 平成____年____月____日 (満____歳____ヶ月) 愛称 _____ ちゃん・くん
〒 _____

ご住所 _____

電話番号 (____) _____ 他連絡先 (____) _____ (携帯電話等)

保護者氏名 _____ (紹介者氏名 _____)

①本日はどうなさいましたか。(○印を付けて下さい。複数可)

- 1) 歯が痛い 2) 歯が欠けた、取れた 3) 歯肉が痛い、腫れている 4) けが 5) 乳歯が抜けにくい
6) 歯の汚れが気になる 7) 歯並び、見た目が気になる 8) 予防処置をしたい 9) 検査をしたい
10) その他 (_____)

②一番気になる場所はどこですか。

右上奥 上前部 左上奥
右下奥 下前部 左下奥

③大きな病気にかかった事がありますか(入院、手術、輸血を伴う)。ある場合、病名をお答え下さい。

- 1) 特になし 2) 心臓疾患 3) 肝臓疾患(ウイルス性肝炎を含む) 4) 腎臓疾患 5) 消化器疾患
6) 血液疾患 7) 肺炎 8) 喘息 9) てんかん 10) けいれん
11) その他 (_____) (かかりつけの病院 _____)

④現在、服用しているお薬はありますか。ある場合、お薬の名前をお答え下さい。

(なし・あり ⇒ お薬の名前 _____)

⑤お薬や食べ物で、じんましん等の異常が出た事がありますか。あった場合、お薬、食べ物の名前をお答え下さい

(なし・あり ⇒ お薬、食べ物の名前 _____)

⑥お子様は今までに歯科の治療を受けたことがありますか。その時は十分な治療ができましたか。

(治療経験なし・あり ⇒ 治療できた・できなかった・応急処置のみ) (麻酔経験あり・なし)

⑦歯磨きの習慣についてお答え下さい。

(朝・昼・夜・寝る前) (お子様が自分で・お子様の後に親が仕上げ磨き・親が磨く)

⑧診療範囲のご希望について、お聞かせ下さい。

(悪い所は全部治したい・説明を受けて今回の診療範囲を相談したい・今痛い所だけ治したい)