

# 問 診 表 (小児用)

初診の方はできるだけ正確にご記入下さい。

ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生 ( 才 )
自宅 住所	〒		電話 番号	
学校名			緊急用電話番号	

## 当てはまる項目があれば をつけて下さい。(複数可)

1. 本日来院された理由をお聞かせ下さい。

a. 歯の治療	・歯が痛い(今痛い・痛かった・嘔むと痛い)・しみる・詰め物、冠がとれた
b. 歯ぐきの治療	・歯ぐきが痛い(はれた・今痛い・痛かった・血が出る)・歯がぐらぐらする・口内炎 ・口臭が気になる
c. 歯科検診、予防、審美	・定期健診・フッ素塗布・歯みがき指導・歯石除去・歯の着色が気になる
d. あごの異常	・口が開かない・口を開けると痛い・頭痛、肩こりがよくある
e. 相談、その他	

2. 今までの歯の治療についておうかがいします。当てはまるものをお選び下さい。

- ・麻酔が効きにくかったことがある。 ・麻酔をして気分が悪くなったことがある。
- ・歯を抜いて血が止まりにくかったり、気分が悪くなったことがある。 ・麻酔をしたことがない。

3. 在何かの病気で医師の治療を受けていますか？

病名 ( ) 病院名 ( ) 薬名 ( )

4. 次の病気にかかったことはありますか？

- ・心臓病 ・高血圧 ・低血圧 ・貧血 ・糖尿病 ・腎臓病 ・肝臓病 (B型、C型、その他) ・リウマチ
- ・血液病 ・ぜんそく ・HIV ・神経症 ・その他 ( )

5. アレルギーがある 薬 ( ) 食物 ( ) 金属 ( ) その他 ( )

6. 間食について 間食は1日何回ですか？ ・約 回 ・要求するとき何回でも与えている  
時間は決めていますか？ ・決まっている ・だいたい決まっている ・決まっていない  
どんなものが多いですか？ ( )  
よく飲む飲み物は何ですか？ (複数可) ・ジュース・牛乳・スポーツ飲料・乳酸飲料・水・お茶

7. 歯みがきについて 1日何回歯をみがきますか？ ・\_\_回 ・決まっていない  
仕上げみがきはしていますか？ ・している ・していない ・ときどきする  
自宅でフッ素を使用していますか？ ・している ・していない

8. 治療に対するご希望をお聞かせ下さい。

今回の治療で	・悪い所は全て治したい ・痛い所だけ治したい ・応急処置のみして欲しい
治療期間について	・1回の治療は長くてもいいから短期間の方がいい ・回数は多くてもいいから一回の治療は短い方がいい ・平成 年 月 日頃までになおしたい
その他のご希望	

9. 当院をどのようにして知りましたか？

- ・紹介 ( 様 ) ・家族、友人が通院している ・当院を見て ・電話帳 ・ホームページ
- ・看板 (地下鉄駅・電柱) ・雑誌 ・その他 ( )

ご記入ありがとうございました。受付に提出して  
もう少々お待ち下さい。