

小児問診票

年 月 日 受付

ふりがな		男・女	平成 年 月 生
氏名		愛称	歳
住所	〒		
好きな食べ物		保護者名	
嫌いな食べ物		電話番号	

お子さまの健康保持のため、次の質問にできるだけ正確にお答えください。
 なお、この調査事項は医学上の事柄ですので、秘密を厳守することを申し添えます。

来院された理由は・・・	<ul style="list-style-type: none"> ・虫歯がある ・つめものがとれた ・歯の相談 ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・痛いところがある ・腫れている ・検診希望
お子さまの体質で特に注意することは・・・	ある <ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー体質 ・ぜんそく発作がおこりやすい ・傷をしたとき血が止まりにくい ・その他() 特にない	
他の病院にかかっていますか？	はい <ul style="list-style-type: none"> ・病院名() ・病名() いいえ	
歯科治療のときどんな様子ですか？	初めて <ul style="list-style-type: none"> 泣いたことがある 治療を中止 または 断られたことがある その他() 特に問題はない 	暴れたことがある
治療中に泣いたり暴れたりした場合	泣いても治療を続けて欲しい 治療をやめてほしい	
治療のご希望は？	悪いところの治療だけでなく、歯の健康管理もしてほしい ・予防処置 ・定期検診 ・歯並びの相談 虫歯の治療だけして欲しい 今病んでいる歯の治療だけして欲しい	
歯磨きは・・・	自分一人で行っている ご家族の方が磨いている 自分で磨いた後 ご家族が仕上げ磨きをしている	
その他ご希望がありましたらおきかせください		