問診表（小児用）

カルテNO.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受付：　　年　　月　　日

この用紙は、お子様の健康状態をおたずねし、安心してより良い歯科治療を受けていただくためのものです。直接、保護者の方が正確にお答えくださる様お願いいたします。

ふりがな お子様のお名前	男・女	生年月日　平成　　年　　月　　日生　　歳 保護者氏名

※お答えは〇印で囲んでください

1．どうなさいましたか？

・虫歯
・歯の痛み
・歯ぐきの異常
・虫歯の予防処置
・つめものが取れた
・歯がグラグラする
・その他（　　）

2．歯科治療は初めてですか？

・はい
・いいえ（　　年前　　ヶ月前）

3．歯科で麻酔をしたことはありますか？

・ある
・ない

4．お子様が泣いたり、暴れたりなさったらどうしますか？

・治療をやめてほしい
・泣いても続けて欲しい
・先生におまかせする

5．アレルギーはありますか？

・ある（　　）
・ない

6．現在他の医院に通院していますか？

・はい（　　）科
・いいえ

7．現在または過去にかかった病気がありますか？

・ある（　　）
・ない

8．日中お子様と主に接しているのはどなたですか？

・お母様　・お父様　・おじい様　・おばあ様
・その他（　　）

9．当院にお見えになったのは

・知人・家族の紹介（ご紹介者：　　）
・以前来ていた
・家・職場が近所なので
・インターネット・ＨＰを見て
・タウンページを見て
・看板を見て
・その他（　　）

上記以外、歯科治療に関連してお伝えになりたい事

ご自由にご記入ください