

小児問診表

平成____年____月____日

紹介者_____

ふりがな

お名前_____

愛称_____ちゃん

生年月日 平成18年____月____日 (____歳____ヶ月)

〒(____) - (____)

住所_____

電話番号_____

お尋ねします。下記の質問にお答え下さい。

当医院は初めてですか？ 1. 初めて 2. 前に来たことがある（年前頃）

歯科治療をしたことは？ 1. 初めて 2. ある（出来た・泣いて出来なかつた）

お子さんの健康状態は？ 1. 普通 2. あまり良くない

アレルギーはありますか？ 1. なし 2. あり（麻酔・薬・食品）
薬_____ 食品_____

今までにかかった病気は？ 1. なし 2. あり（ ）

現在かかっている病気は？ 1. なし 2. あり（ ）

かかりつけの病院は？ 病院名（ ）（ ）先生

治療について

1. 虫歯の治療をしたい
2. 虫歯の予防をしたい
3. 歯並びが悪いので見てほしい
4. その他（ ）

虫歯予防について、（フッ素、シーラント）をご存知ですか？

1. 知っている
2. 知らない

治療注意してほしいことや、希望がありましたらお書きください。

()