

☆ 歯科問診表（小児用） ☆

※お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付け下さい。

記入日： 年 月 日

ふりがな			ご紹介者	様							
お名前			男・女	愛称【 】							
			平成	年	月 日生(才)						
保護者氏名			保護者の方のご連絡先								
ご住所	〒	-	電 話	() -							
			携帯電話	- -							
			メールアドレス	@							
お子様の通っている幼稚園・保育園・小学校名											
通院可能な日時 <input type="checkbox"/> 平日午前 <input type="checkbox"/> 平日午後 <input type="checkbox"/> 土曜午前 <input type="checkbox"/> 土曜午後 <input type="checkbox"/> いつでも（複数選択可）											
1 どうなさい ましたか？ 当てはまる所に すべてチェックを してください	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯ぐきのはれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 生え変わりが気になる <input type="checkbox"/> 口内炎を治したい <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 詰め物 / かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> その他()										
2 お痛みは ありますか？	<input type="checkbox"/> はい→(・今日から・()日前から) <input type="checkbox"/> いいえ どこが痛みますか？ <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あごの関節 <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左下</td> </tr> </table>					右上	前上	左上	右下	前下	左下
右上	前上	左上									
右下	前下	左下									
3 今までの歯科 治療で異常は ありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 気を失った <input type="checkbox"/> 血がとまりにくい <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他()										
4 お薬の副作用 はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬(・ペニシリン・ピリン系) <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> クロルヘキシジン										
5 アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他()										
6 過去又は現在 内科的な病気 はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 肝臓 (A / B / C / 慢性 / アルコール) 肝炎 <input type="checkbox"/> 糖尿 (発症の時期: 現在の数値) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> その他()										
7 他に通院されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名 科) (病名)										
8 服用中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [薬の種類・名前] 服用中のお薬の説明書などがあればご提示ください										
8 治療についてのご希望は？	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけ治したい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間は長くてもいいが、なるべく回数を少なくしたい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間はなるべく短く、回数はかかってもよい <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい										
9 お子様は以前に歯科治療を受けられましたか？ その時のお子様の様子は？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (年 月頃) <input type="checkbox"/> 治療できた <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 嫌がった <input type="checkbox"/> 暴れた										
10 お子様は治療中に泣いて、治療を続けるのが困難になった時 症状によって、ご説明、ご相談しますが治療はどうされますか？	<input type="checkbox"/> 相談の上、決めたい <input type="checkbox"/> やめてほしい <input type="checkbox"/> 続けてほしい										
11 ご兄弟(姉妹)の受診について教えてください (お名前 続柄 年齢) (お名前 続柄 年齢)											
12 担当医、担当衛生士のご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> 特にない										
13 その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください											

