

小児問診票

日付 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	年	月	日
郵便番号		年齢	才	ヶ月	
住所					
電話番号	アドレス				
愛称	幼稚園				

どうされましたか？

他に気になる項目（複数回答）

- 虫歯 歯石除去 歯周病 顎関節症
- いびき 歯ぎしり 口内炎 親知らず 歯の磨き方
- 歯の形 歯の色 歯並び 歯ぐきの色 差し歯の黒い部分

興味ある項目は（複数回答）

- ホワイトニング セラミック 唾液検査 インプラント
- 予防 審美治療 健康プログラム アンチエイジング
- 歯科ドック icouポイントシステム

今回の治療は、

- 応急処置のみでよい
- 応急処置後に、他も診てほしい
- 全体的に診てほしい

※治療に必要な情報です。

治療法が変わる可能性がありますので、正確をお願いします。

毎日、服用しているお薬はありますか？

- ある 薬名(-----)
- ※お薬手帳があれば見せてください。
- ない

歯医者さんの経験はありますか？

- ある
- ない

現在又は今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

- 血液疾患 心臓疾患
- 腎臓疾患 胃腸疾患
- 甲状腺疾患
- その他 (-----)

お子さんの性格は？

- こわがり
- 人見知り
- わがまま
- 甘えん坊
- 好奇心旺盛

以下の症状はありますか？

- 喘息
- 貧血
- てんかん

アレルギーはありますか？

- ある (-----)
- ない