

問診票 (0歳~15歳)



ふりがな

お名前

生年月日 平成 年 月 日 歳

保護者氏名

続柄

お子様愛称

ご住所

〒

自宅

携帯

●当院を知ったきっかけ

- ・近くて通いやすい
- ・ホームページ
- ・家族の方が来られている (ご家族氏名)
- ・知人の紹介 (紹介者氏名 様)
- ・その他 ()

<p>① 今回受診された理由についてお尋ねします。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検診 ・ フッ素希望 ・ 歯並びが気になる ・ 検診で虫歯を指摘された ・ その他 () <ul style="list-style-type: none"> ・ 虫歯 ・ 痛い、しみる ・ 腫れた ・ 歯肉から出血する ・ 詰め物がとれた 						
<p>② 現在、これまで病気にかかったことはありますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ いいえ ・ はい <ul style="list-style-type: none"> ・ アトピー性皮膚炎 ・ ぜんそく ・ 肺炎 ・ その他 () ・ アレルギー性鼻炎 ・ てんかん ・ 心臓 ・ けいれん ・ 血液の病気 						
<p>③ 現在服用してるお薬はありますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ いいえ ・ ある (あるとお答えの方は、下記にご記入とお薬手帳を受付にご提示ください。) (薬品名) 						
<p>④ 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ いいえ ・ はい (病名) 						
<p>⑤ お子様に特異体質はありますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ いいえ ・ はい <ul style="list-style-type: none"> ・ 傷をしたときに血が止まりにくい ・ じんましんがしやすい ・ その他 () 						
<p>⑥ 薬の副作用や食べ物で異常がでたことはありますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ いいえ ・ はい <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">(薬品名</td> <td style="width: 40%;">)</td> <td style="width: 30%;">症状</td> </tr> <tr> <td>(食品名</td> <td>)</td> <td>症状</td> </tr> </table> 	(薬品名)	症状	(食品名)	症状
(薬品名)	症状					
(食品名)	症状					
<p>⑦ 今までに歯医者を受診したことがありますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ いいえ ・ はい <ul style="list-style-type: none"> ・ 素直にできた ・ 泣いて嫌がったができた ・ 暴れてできなかった 						
<p>⑧ ⑦であると答えた方におたずねします。</p>	<p>治療の際に口の中に麻酔をしましたか？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ わからない 						

☞お手数ですが裏面もご記入ください。

