

☆ 歯科問診表 (小児用) ☆

記入日: 年 月 日

ふりがな		ご紹介者	
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	〒 -	日中(自宅・勤務先・携帯)	
		夕方以降(自宅・勤務先・携帯)	
お子様の通っている幼稚園・保育園・小学校名			

※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。

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"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 生え変わりが気になる <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 口内炎を治したい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 詰め物 / かぶせ物がとれた
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 <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右上</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前上</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左上</div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右下</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前下</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左下</div> </div>		
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) 肝炎 <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"/> 糖尿 (発症の時期: 現在の数値) <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 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) (お名前 続柄 年齢)		
12 その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください			

【痛くない】【怖くない】【心地よい】治療を目指して...

患者様にあらゆる面で感動していただけるようスタッフ一同精一杯のお手伝いをさせていただきます。

ききょう歯科クリニック