

# 小児歯科 問診票

記載年月日：平成 年 月 日

患児氏名：<sup>ふりがな</sup> 性別 男・女 家庭での呼び方：

生年月日： 年 月 日（ 歳 カ月）

身長： cm 体重： kg

住所：

電話番号：

- ・ 今日はどうされましたか  
検診 ・ むし歯 ・ かみ合わせ ・ けが ・ その他（ ）
- ・ 現在なにか病気にかかっていますか いいえ ・ はい（ ）
- ・ 現在なにか薬を服用していますか いいえ ・ はい（ ）
- ・ 今までに大きな病気やけがをしましたか いいえ ・ はい（ ）
- ・ お薬や食べ物でアレルギーはありますか いいえ ・ はい（ ）
- ・ けがをしたときなど、血が止まりにくいことがありましたか いいえ ・ はい
- ・ 以前に歯医者さんにかかったことはありますか いいえ ・ はい
- ・ 以前に麻酔をしたことがありますか いいえ ・ はい
- その時に、なにか異常はありましたか いいえ ・ はい（ ）
- ・ 妊娠中の病気や服用したお薬はありましたか いいえ ・ はい（ ）
- ・ お子さんの性格はどのようなですか  
神経質 ・ 人見知りする ・ 恐怖心が強い ・ その他（ ）
- ・ お子さんが興味を持っているものはなんですか（おもちゃ、TV番組などで）
- ・ お子さんについて、担当医が知っておいたほうがよいと思われることや治療上希望することはありますか。
- ・ 当院をどのようにして知りましたか？  
紹介（ ） ・ インターネット ・ 看板をみて ・ その他（ ）

