



小児問診票（12歳まで）

記入年月日

年

月

日

より良い治療を受けていただくために大切なことですので、できるだけ正確にご記入ください。

ふりがな

患者さまのお名前 _____ (男・女) ◆ 園・学校名 _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月) ◆ 愛称 _____

ご住所： 〒 _____ - _____ ◆ 保護者の方のお名前 _____ 続柄 (_____)

ご連絡先：自宅 _____ (_____)

携帯 _____ (_____)

当院をお知りになったのは？	<input type="checkbox"/> 家族が通院中 (_____ 様) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 (_____ 様) <input type="checkbox"/> ホームページ (スマホ・パソコン) <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (_____ 医院) <input type="checkbox"/> 看板・その他 (_____)
兄弟はいますか？	<input type="checkbox"/> 兄・姉 (_____ 人) <input type="checkbox"/> 弟・妹 (_____ 人) <input type="checkbox"/> 1人っこ
どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯をぶつけた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 集団検診で受信を勧められた その他 (_____)
現在、痛むところがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 今日から・昨夜から・(_____) 日前から
歯科に行かれたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある (医院名： _____) ※転院して来られた理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 今までの歯科で不満があった (<input type="checkbox"/> 泣いてできない <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 治療に不満 <input type="checkbox"/> 説明不足) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____)
今、飲んでいるお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____) ※ある方はお薬手帳をお出してください。
次の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・あった⇒心臓疾患・肝臓疾患・腎臓病・ぜんそく 鼻炎・てんかん・その他 (_____)
入院や手術の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____) 歳のとき (病名： _____)

ご記入ありがとうございました。