

小児 問診票

平成 年 月 日 記入

フリガナ
患者さんのお名前 (男・女) 平成 年 月 日生 才 ヵ月

ご住所 〒 - TEL. - -

記入者のお名前 患者さんとの関係 連絡先 - -

※質問は患者さんに対する診療を安全かつ適切に行うための大切な参考資料とさせていただきます。
プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

Q1. どうなさいましたか？

- 歯が痛い 歯に穴があいた 悪いところがないか調べてほしい
 フッ素を塗ってほしい 歯並びを治してほしい その他

Q2. 通園あるいは通学をしていますか？

いいえ はい 名称 _____ 組

Q3. 患者さんは

人きょうだいの()番目 ひとりっ子

Q4. 歯を抜いたことはありますか？

ある ない

Q5. 家庭での呼び方は _____

Q6. 患者さんの性格は

神経質 のんびりしている 人見知り 怖がり

Q7. きょうだいやお友達と仲良く遊べますか？

はい いいえ

Q8. 現在他のお医者さんにかかっていますか？

いいえ はい 病名 _____ 科名 _____

Q9. 今までに大きな病気をしましたか？

いいえ はい 病名 _____ (_____ 才頃)

Q10. けがをした時、血が止まりにくかったことがありますか？

いいえ はい

Q11. 薬に対してのアレルギーはありますか？

ない ある

Q12. 一日に何回歯を磨きますか？ _____ 回

Q13. 以前歯医者さんで治療をしたことがありますか？

はい _____ 才頃 いいえ

Q14. 治療上希望されることがあれば遠慮なく記入してください。