

□ 小児歯科問診票 □

平成 年 月

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	平成 年 月 日 才	
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話() —
学校・学年		
ご紹介者	様	

1. どうなさいましたか？

虫歯をなおしたい 歯が痛い けんさをしてほしい 歯をぶつけた

虫歯の予防をしてほしい 歯ならびが気になる

その他()
2. 今までに、歯医者さんにかかったことがありますか？

はい(才の時)⇒ 3へ いいえ⇒ 6へ
3. その時、何をしましたか？

虫歯をなおした 薬をぬった 虫歯にならないように何かをつめた

けんさだけ

歯ブラシの使い方をならった その他()
4. 歯医者さんで口の中に注射をしたことがありますか？

はい いいえ⇒ 6へ
5. その時、変わったことはありましたか？

はい(どのような？) いいえ
6. アレルギーはありませんか？

ない ある かぶれやすい ぜんそくがある じんましんができる

アトピー性皮膚炎 花粉症、鼻炎

その他()
7. 薬を飲んで具合が悪くなった事はありませんか？

ない ある(どのような？)
8. 今までに大きな病気をしたことがありますか？

ない ある(病名、 才 ヶ月の時)
9. けがをした時、血が止まりにくかったことはありますか？

ない ある(どんな時ですか？)
10. 治療について、ご希望は？

悪いところは全部なおしたい 今、痛い歯だけなおしたい

今回は応急処置だけ

虫歯の治療だけでなく、予防もしてほしい
11. その他、希望されること、気になることがありましたらお書きください

ご記入ありがとうございました

ぱーる歯科