

小児問診票

記入年月日： 年 月 日 記入者

フリガナ

お名前： 男・女 生年月日： 年 月 日 歳

ご住所： 〒 -

学校名 ご連絡のつくお電話番号：

よりよい治療をお受けいただくために、現在のお子様の健康状態や診察希望についておたずねします。
できるだけ正確にお答え下さい。ご記入頂いた内容の秘密は厳守し、治療以外で使用する事はございません。

当院をお知りになられたのは	<input type="checkbox"/> 御紹介 家族（ ）様 知人（ ）様 <input type="checkbox"/> インターネット、ホームページで <input type="checkbox"/> その他（ ）
ご兄弟はいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> 兄・姉（ ）人 <input type="checkbox"/> 弟・妹（ ）人 <input type="checkbox"/> いない
本日はいかがなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯が気になる <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 虫歯 の予防をしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 学校健診があった <input type="checkbox"/> その（ ）
お痛みがある場合、 どこがお痛みですか？	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 全体的に <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> その他（ ）
お痛みがある場合、 いつからお痛みですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> （ ）日前から <input type="checkbox"/> （ ）週間前から <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> その他（ ）
歯の治療を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 嫌がった <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> ない
今までに内科的な病気にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> ない
現在かかりつけの病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ある（ ）病院（ ）科（ ）先生） <input type="checkbox"/> ない
現在服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ある（薬名： ） <input type="checkbox"/> ない
薬や食べ物によるアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ある（症状： ） <input type="checkbox"/> ない
今まで麻酔をした事や歯を抜いた事がありますか？その時に何か異常がありましたか？	<input type="checkbox"/> ある（出た症状： <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）） <input type="checkbox"/> ない
当院では皆様のお口の健康を守るため痛い所だけでなくお口全体の状態を検査しご説明しております。ご了承下さい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（理由があれば ）
歯のクリーニング、歯石取りは希望されますか？	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
歯みがき指導について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
他にはご希望やご心配なこと等はございますか？ ございましたらご記入ください。	

裏面に続きます

くろかわ歯科クリニック

ようこそ くろかわ歯科クリニックへ

当院は、こどもにむし歯を作らせないための歯医者です。
その実現のためには、ご家族みなさまの協力が必要です。
そのためには以下の項目に

同意していただく必要があります。

同意いただけるものにチェックを入れてください。



- こどものむし歯“0ゼロ”を目指すためにできる範囲で協力します。
- 定期的(通常3カ月に一度)に通院する予防管理システムを受けます。
- 定期検診の予約日時を守ります。

大切なご案内

☆治療が必要なときは、お子様が自らすすんで治療を受けられるようになるため、治療まで回数がかかる場合があります。

そのため、本日は治療を致しません。

本日はお口の中を診査して、計画をたててから、治療していきます。

応急処置はさせていただきますので、ご安心ください。

☆小さなお子様の診察は午前中～午後をおすすめいたします。

(夕方以降はお子様も疲れている場合があります。)



ご記入ありがとうございました！