

小児問診票

令和 年 月 日

ふりがな		性別：	男 ・ 女
お名前		生年月日：	年 月 日 (歳)
		愛称：	
ご住所 〒 _____			
電話番号：	(_____)	携帯番号：	(_____)
緊急連絡先：		<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ご家族の仕事先 <input type="checkbox"/> その他：	(_____)
<input type="checkbox"/> はじめての来院 (家族が来院中 / 近所 / ホームページ / ご紹介： _____) <input type="checkbox"/> 久しぶり			

どうされましたか？	1 気になるところがある	2 健診希望	3 メインテナンス希望
※1の方は以下も記入願います			
気になる場所はどこですか？			

症状を記入してください			

いつからですか？	今現在の痛み <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 場合によってあり <input type="checkbox"/> 無		

該当する項目に○をしてください

① 歯医者さんの経験はありますか？ 1 はい 2 いいえ
② 今までに手術の経験はありますか？ 1 はい (_____ 年前 _____ 歳の頃) 2 いいえ
③ 全身疾患について当てはまるものをお答えください 1 糖尿病 2 心臓病 3 貧血 4 血液疾患 5 脳神経疾患 6 肝臓疾患 7 胃腸疾患 8 ぜんそく 9 ホルモン異常 10 てんかん 11 その他 (_____)
④ 現在、服用しているお薬はありますか？ 1 はい (薬品名： _____) 2 いいえ ※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示願います
⑤ お薬のアレルギーはありますか？ 1 はい (ヨード・クロルヘキシジン・その他《薬品名： _____ 》) 2 いいえ
⑥ お薬以外のアレルギーはありますか？ 1 はい (ラテックス・牛乳・その他《具体的に _____ 》) 2 いいえ
⑦ 人工臓器 (ペースメーカー・人工関節・人工弁等) を使用されていますか？ 1 はい 2 いいえ
⑧ お子様の性格を教えてください 1 怖がり 2 人見知り 3 わがまま 4 甘えん坊 5 好奇心旺盛
⑨ 癖について当てはまるものはありますか？ 1 指しゃぶり 2 頬づえ 3 爪かみ 4 歯ぎしり 5 口呼吸

不安なこと、伝えておきたいことがありましたら記入してください