

小児歯科問診表

記入日 年 月 日

この表は、お子様の安全な治療のために、ぜひ知っておかねばならないことです。プライバシーは厳守致しますので、出来るだけ正確にご記入ください。

お子様のお名前 ふりがな _____ 愛称 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 性別 男・女
幼稚園・学校等の名前 _____ このお子様は _____ 人兄弟の _____ 番目

○本日はどうなさいましたか？

○歯の治療を受けたことがありますか？ はい（ _____ 歳頃）・いいえ

① “はい” の方は、そのとき治療できましたか？

（できた・泣いたが治療できた・暴れて治療できなかった）

②治療時、異常はありましたか？ あった・なかった（“あった”の方は、症状を詳しくお書き下さい）

（血がなかなかとまらなかった・痛みが続いた・熱が出た・腫れた・

その他 _____)

③麻酔の経験はありますか？ ある・ない

（初めて、または二回目の麻酔で極まれにアレルギーが出る場合があります）

○お子様の健康状態を教えてください。

①本日の体調はいかがですか？ 良い・悪い（どこが _____）

②アレルギーがありますか？ はい・いいえ（“はい”の方は、症状を詳しくお書き下さい）

③全身的な病気・障がいがありますか？ はい・いいえ（“はい”の方は、詳しくお書き下さい）

④現在お医者様にかかっていますか？

はい（病名 _____ ・医療機関名 _____ ・担当医名 _____）

いいえ

⑤これまでに重い病気にかかったことがありますか？

ある（病名 _____ ・ _____ 歳のとき）

ない

裏面に続く

⑥手術をしたことがありますか？

ある（病名_____・医療機関名_____・_____年_____月）

ない

⑦常用している薬がありますか？

はい（薬品名_____）・いいえ

○今回、フッ素塗布を希望されますか？ はい・いいえ

○歯磨きについて

①1日_____回 　いつ歯を磨きますか？_____

②大人が仕上げ磨きをしていますか？ はい・いいえ

③歯ブラシ以外の道具を使っていますか？ はい・いいえ

何を？_____

○おやつについて

①おやつは1日何回、どのようなおやつを与えていますか？

1日_____回（時間を決めている・決めていない）

②家で主にどのような飲み物を与えていますか？（特に、糖分が含まれている飲料）

○お子様は次のような癖がありますか？

爪をかむ・指をしゃぶる・歯ぎしり・口唇をかむ・おしゃぶり

その他_____

○お子様の治療について、希望のものに○印を付けてください。

①痛いところだけ治したい

②悪いところは全部治したい

③相談してから決めたい

○お子様が治療中、泣いたり暴れたりなさったらどうしますか？

①治療をやめて欲しい

②治療を続けて欲しい

③その他_____

○お子様の性格を教えてください。

○二村医院をどのようにしてお知りになりましたか？

①知人・家族の紹介（ご紹介者_____） ②タウンページを見て

③看板を見て ④ホームページを見て ⑤院前を通過 ⑥近所なので

⑦医療機関からの紹介（医院名_____）

○その他治療に当ってご希望やご意見がございましたらお聞かせください。