

# 問診票（小児）

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	平成	年	月	日
お名前					(	才	ヶ月)	
ご住所	〒	学校名		保育園・幼稚園・小学校				
保護者電話番号	ご自宅 携帯番号	-	-	好きなこと	※治療を嫌がった際の対応のため			

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。お手数ですが、わかる範囲でお答えください。

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介（ご紹介者のお名前 _____ 様） <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 医院を直接見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> はれてる <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> フッ素 <input type="checkbox"/> 乳歯を抜いてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 鼻の病気 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 他の感染症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし ※その病気にかかっていた時期（ _____ ）							
どこが痛みますか	右上奥	前上	左上奥					
	右下奥	前下	左下奥	頬	舌	唇	顔 その他	
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> ( _____ ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々							
今まで歯科医院にかかったことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（その時お子さんは、1 治療できた 2 泣いた 3 あばれた _____ ）							
歯の治療について、お子さんは	<input type="checkbox"/> こわがり（音・振動・白衣・麻酔・他 _____ ） <input type="checkbox"/> 痛がり <input type="checkbox"/> 吐き気がしやすい <input type="checkbox"/> 見た目を気にする <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
治療について	<input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい							
お子さんが治療を嫌がってあばれた時は	<input type="checkbox"/> 治療途中でやめてほしい <input type="checkbox"/> 押さえてでも治療を続けてほしい <input type="checkbox"/> 先生にお任せします							
生まれたときの状態は	体重（ _____ ）g 1. 異常なし 2. あり（ _____ ）							
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病院名 _____ ）							
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬の名前・種類 _____ ）							
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ _____ ）							
歯磨きは	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 保護者がしている <input type="checkbox"/> 仕上げを保護者がしている							
よく飲むものは	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> その他							
矯正に興味はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある							
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯		月	火	水	木	金	土	日
	午前							
	午後							
	17:00以降							

ありがとうございました。なお、ご希望・ご質問・なんでもご遠慮なくお尋ねください。

**ながしま歯科 045-532-4618**  
 横浜市都筑区仲町台1-4-7東急ストアB1F

最寄駅/市営地下鉄仲町台駅 改札30秒  
 駐車場/東急ストア駐車場 1時間無料  
 ※駐車券を発行してお持ちください。

診療時間  
 月・火・木・金  
 10:00～13:00 / 15:00～19:00  
 土・日  
 10:00～13:00 / 15:00～18:00  
 ※受付は30分までとなります。

休診日 水曜・祝日  
 ※日曜・祝日の場合は、日曜診療、振替の月曜日が休診となります。