



小池歯科 牧野駅前診療所

記入日： 年 月 日

問診票（小児用）

ふりがな		性	男	生年	平成	年	月	日
名前		別	女	月日	(才	ヶ月)	
住所	〒							
電話番号	自宅：			携帯：				

来院動機	<input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他（ ）
どうしましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 乳歯を抜きたい <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> フッ素希望 <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> その他（ ）
いつから	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> （ ）日前から
どこが	右上 上前 左上 右下 下前 左下 歯肉 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"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他（ ）
今までに歯科医院にかかったことは ありますか	<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）
治療について	麻酔したことが（ある・ない） 歯を削ったことが（ある・ない）
かかりつけ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 ）
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"/> 1日（ ）回 <input type="checkbox"/> 自分でしている・保護者がしている <input type="checkbox"/> 仕上げのみ保護者がしている
その他希望される事があればお書きください	