

# 小児問診表



本日はご来院いただきまして  
ありがとうございます

ID: \_\_\_\_\_  
スマイル会  
よしだ歯科

フリガナ	年齢	才	生年月日	年	月	日		
お名前	男・女	お子様のニックネーム						
同居されているご家族に○をつけてください	祖父	祖母	父	母	兄	姉	弟	妹
ご住所 〒	TEL							
	携帯							
	E-mail							
通われている所(	保育園 幼稚園	/	小学校	)				

今日来院された理由は？

<input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> フッ素	<input type="checkbox"/> 歯並び
<input type="checkbox"/> むし歯〔しみる・痛い・その他〕		
<input type="checkbox"/> ケガ〔打った・折れた・歯ぐきが切れた・その他〕		
<input type="checkbox"/> 抜歯	<input type="checkbox"/> その他〔	〕

お子さんの体調についておたずねします

<input type="checkbox"/> 体調が不安定	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 夜泣き
<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> アレルギー〔	〕
<input type="checkbox"/> その他〔	〕	

今までかかった病気はありますか？

<input type="checkbox"/> 特になし		
<input type="checkbox"/> ある〔	〕	

現在飲んでいるお薬はありますか？

<input type="checkbox"/> 飲んでない	<input type="checkbox"/> 風邪薬	<input type="checkbox"/> アレルギー
<input type="checkbox"/> その他〔	〕	

歯科に通われたことがありますか？

<input type="checkbox"/> いいえ		
<input type="checkbox"/> はい〔いつごろ受診されましたか？ _____年_____ヶ月前〕		
〔受診された理由は？ 治療・定期検診（クリーニング）〕		
受診時の様子はいかがでしたか？ 例）上手にできた		
〔		
当院にどんなことを期待されますか？		
〔		

当院をお知りになった理由は？

<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介	ご紹介者名： _____	
<input type="checkbox"/> 看板・建物を見て	<input type="checkbox"/> ホームページを見て	<input type="checkbox"/> 近いから
<input type="checkbox"/> おひさまルーム（ひじり）の母親教室に参加されて	<input type="checkbox"/> その他〔	〕

他に相談したいこと、伝えたいことなどがありますか？

<input type="checkbox"/> 特になし		
<input type="checkbox"/> ある〔	〕	