

小児用問診表

カルテ no. _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

患児氏名 _____ 男・女 _____

生年月日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 〒 _____

電話番号 ご自宅 (_____) _____

保護者携帯電話 _____

保護者氏名 _____ 保護者職業 _____

1. どうなさいましたか (○を付けてください。複数回答可)

- ・ 歯が痛い ・ ケガをした ・ 詰め物、被せものが取れた ・ 乳歯が抜けにくい
- ・ 歯ぐきが痛い ・ 歯ぐきから血が出る ・ 歯ぐきが腫れた
- ・ クリーニング希望 ・ 歯並びが気になる ・ 予防処置をしたい

2. 最近歯科治療を受けましたか (ない・ある) _____ 年前 _____ ヶ月前)

3. 歯科で麻酔をしたことはありますか (ない・ある)

4. 歯を抜いて異常はありませんでしたか (ない・ある)

5. 薬、食べ物その他にアレルギーはありますか (ない・ある→) _____)

6. 現在、他科の医院に通院していますか (ない・ある→) _____)

7. 普段、何かお薬をお飲みですか (ない・ある→) _____)

8. 現在、体調はいかがですか (よい・よくない)

9. 今まで次の病気にかかったことはありますか

- ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 胃腸疾患 ・ 血液の病気
- ・ 低血圧 ・ 糖尿病 ・ てんかん症 ・ ぜんそく ・ その他 (_____)

10. 治療についてのご希望は (全体的に診てほしい・気になる所だけで良い)

11. 当院へお見えになったのは

- ・ 地下鉄看板を見て ・ 通りがかりに ・ ホームページを見て
- ・ 紹介されて (ご紹介者: _____)