

No. \_\_\_\_\_

☆ 問診票 (小児用) ☆

年 月 日

ふりがな  
お名前

(男・女)

生年月日 平・令 年 月 日 (満 歳)

住所 (〒 - )

電話 **緊急連絡先** (続柄: )

**携帯(必須)** 携帯メール @

※当院は何でお知りになりましたか？ 家族が来ている、西口に通っていた、インターネット  
ご紹介 ( )、通り返り、その他 ( )

1. どうなさいましたか？

- むし歯  歯が痛い  学校検診でチェックを受けた  
 つめ物がとれた  歯がぬけない  歯のよごれが気になる  
 歯ぐきがはれた  歯ならびが気になる  検診してほしい  
 フッ素をぬりたい  ぶつけた  
 その他 ( )

2. 今までに歯科を受診したことはありますか？

- ない  ある → むし歯治療 検診 フッ素塗布 歯磨き指導 クリーニング  
その他 ( )

3. アレルギーはありますか？

- ない  ある → 鼻炎 アトピー 花粉症 薬 その他 ( )

4. 身体にあわないお薬はありますか？

- ない  ある → 薬品名 ( )  
その時どうなりましたか？ ( )

5. 以前かかったことのある病気や、現在治療中のものはありますか？  ない

- 心臓病  腎臓病  肝臓病  血液の病気  脳の病気  
 ぜんそく  その他 ( )

6. 現在、お薬を服用していますか？薬品名もご記入ください。

- いいえ  はい → 薬品名 ( )

7. 治療や検診にあたって、何か伝えておきたいこと、気をつけてほしい事はありますか？

その他何でもお書きください。