

子供診療問診表

平成 年 月 日

ふりがな お名前	愛称	男 くん	生年月日	歳
		女 ちゃん	平 年 月 日	
〒 ー び住所			電話番号	

今日はどうなさいましたか

- 歯が痛い、虫歯 フッ素希望 その他
 検診 歯ならび ()

痛むところがありますか

- ない ある あると答えた方→場所は (右上奥 上前 左上奥
右下奥 下前 左下奥
その他 ())

今までに歯科の治療を受けたことがありますか

- ない ある あると答えた方→その時は十分な治療ができましたか？
(できた ・ 応急処置のみ ・ できなかった)

現在または過去に病気をした事がありますか

- ない ある あると答えた方→病名 ()

何かアレルギーはありますか

- ない ある あると答えた方→ ()

何かクセはありますか

- 指しゃぶり 唇をかむ タオルなどをくわえる
 爪をかむ 歯ぎしりをする いつまでも食物を口に入れている
 その他 ()

おやつはどんなものを食べたり飲んだりしていますか

- あめ ガム ジュース 乳酸飲料
 チョコ クッキー ポカリスエット ヨーグルト
 アイス おせんべい 炭酸飲料 その他 ()

おやつを与える時間と回数は決めていますか

- いいえ はい (、 、 時頃)

だれがお子様の歯を磨きますか

- 子供が自分で 子供が磨いた後親が 親が磨く

治療についてご希望や気になる事があればお書きください

当院を知った理由

- 紹介 (紹介者 様) 広告・ちらし 通りすがり
 家族 () 近所 インターネット
 その他 ()