

問診表(小児)

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな		性別	男 女	生年 月日	T・S・H・R	年		
お名前						月	日	(才)
ご住所	〒	学校名		保育園・幼稚園・小学校・こども園				
保護者電話 番号	ご自宅 (- -)	携帯番号 (- -)						

これからお伺いすることはより良い治療を行うための大切な内容です。お手数ですがわかる範囲でお答えください。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他()																								
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 その他																								
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日始めて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々																								
お口以外の健康状態は いかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に)																								
今までに大きな病気を したことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 最低血圧) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特になし																								
かかりつけの病院・通院 中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・種類)																								
今まで歯科医院にかかっ 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)																								
歯の治療について、お子 さんは	<input type="checkbox"/> 怖がり (音・振動・白衣・麻酔・他) <input type="checkbox"/> 痛がり <input type="checkbox"/> 吐き気がしやすい <input type="checkbox"/> 見た目を気にする <input type="checkbox"/> その他()																								
お子さんが治療を嫌がっ た場合は	<input type="checkbox"/> 治療途中でもやめてほしい <input type="checkbox"/> 押さえてでも治療を続けてほしい <input type="checkbox"/> 先生にお任せする																								
アレルギーは ありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬・アルコール・金属・食べ物・アレルギー性の病気) →備考★症状等ご記入下さい★()																								
歯みがきは	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 保護者がしている <input type="checkbox"/> 仕上げ磨きを保護者がしている																								
よく飲むものは	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> その他																								
ご来院のご都合のよい 曜日・時間帯	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td>休</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td>休</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	日	午前			休					午後			休				
	月	火	水	木	金	土	日																		
午前			休																						
午後			休																						

