



# 問診表 (小児用)

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女		
住所		電話番号		
		緊急連絡先		

どうされましたか (該当するもの全てに○を してください)	健診希望・虫歯の予防処置希望・歯並びが気になる 虫歯がある・歯が痛い(しみる・強い痛み・かむといたい) つめ物が取れた・歯ぐきが(痛い・出血する・腫れてる) 歯をぶつけた・あごが痛い・学校健診で指摘された その他( )			
それはどこですか	左上	上前	右上	
	左下	下前	右下	
いつごろからですか	今日	( )日前	ずっと前から	
以前または現在、罹って いる病気はありますか	ない	ある(病名： )		
現在、服用中の薬は	ない	ある(薬品名： )		
薬で副作用が出た経験は	ない	ある(薬品名： )		
歯科治療経験はありますか	ない	ある		
治療中に異常はありません でしたか	ない	ある( )		
治療はできましたか	問題なく治療ができた・嫌がって治療ができなかった 治療はできたが押さえつけながらの状態であった			
治療に関して	ある程度慣れてる 怖がってる かなり怖がってる			
当院を何でお知りになり ましたか	____様 様の紹介 ホームページ 前を通過 口コミ その他( )			
治療や医院に対する希望 等あれば書いてください				
<p>☆当院での小児歯科治療方針は、子供の治療への協力を最大限引き出すことで、治療成功へと導くことをモットーとしております。無理やり治療を進めるのではなく、柔軟に粘り強く対応いたします。治療回数・期間がかかることがございますが、ご理解いただきますようお願いいたします。</p>				

ご記入お疲れ様でした。この用紙を受付に提出になってください。  
提出時に歯ブラシをプレゼントいたします。

木下歯科医院