

小児歯科問診表			
フリガナ 患者氏名	男 女	愛称	ちゃん くん
生年月日 西暦 年 月 日	(歳 ヶ月)		
ご住所 〒			
保護者氏名	TEL		
当院をお知りになった きっかけは	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介さまのお名前 様) <input type="checkbox"/> 口コミを見て <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> インスタグラムを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> その他()		

お子様の今までの成長についてお伺いします			
薬の副作用・アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬名() 症状()		
現在服用している薬は ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬名()		
大きな病気や怪我を したことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名() <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 発達障害 特性()		
現在通院していますか？	通院している場合	病院名() 病名()	
お子様の現状についてお伺いします			
今日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い (<input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れ <input type="checkbox"/> 出血) <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせ物がはずれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしたい・歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 学校検診で治療をすすめられた <input type="checkbox"/> その他()		
どこが痛みますか？ 気になりますか？	左上 左下	上前 下前	右上 右下
	<input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 脣 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> その他		
痛みのある患者様にお伺いします			
いつから痛みますか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 数日前から <input type="checkbox"/> 1週間以上前		



裏へつづきます

