

小児歯科問診表			
フリガナ	男	ちゃん	
患者氏名	女	愛称 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"/> ホームページをみて <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() その他() 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	上前	右上	<input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> その他
	左下	下前	右下	
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			

