# ☆ 歯科問診表（小児用）☆　　そら歯科クリニック

記入日:　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | ご紹介者 | 様 |
| お名前 | | 男・女 | 愛称【　　】 |
| | | 平成　　年　　月　　日生（　　才） | |
| 保護者氏名 | | 保護者の方のご連絡先 | |
| ご住所 | 〒　　－ | 電　　話 | （　　）　　－ |
| | | 携帯電話 | －　　－ |
| お子様の通っている幼稚園・保育園・小学校名 | | | |

※お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付け下さい。

| | |
|---|---|
| 1 **どうなさいましたか？**<br>当てはまる所にすべてチェックをしてください | ☐ 虫歯を治したい　☐ 歯がしみる　☐ 詰め物 / かぶせ物がとれた<br>☐ 歯がグラグラする　☐ 生え変わりが気になる　☐ 歯ぐきから血がでる<br>☐ 検診　☐ 歯石をとってほしい　☐ 口臭が気になる<br>☐ フッ素塗布　☐ 予防処置　☐ 歯並びが気になる<br>☐ 歯を白くしたい　☐ 口内炎<br>☐ その他（　　） |
| 2 **お痛みはありますか？** | ☐ はい→（・今日から　・（　　）日前から）　☐ いいえ<br>どこが痛みますか？　☐ 歯　☐ 歯ぐき　☐ あごの関節<br>右上 / 前上 / 左上<br>右下 / 前下 / 左下 |
| 3 **今までの歯科治療で異常はありましたか？** | ☐ ない　☐ ある　☐ 気分が悪くなった　☐ 気を失った<br>☐ 血がとまりにくい　☐ 熱が出た<br>☐ その他（　　） |
| 4 **お薬の副作用はありますか？** | ☐ ない　☐ ある　☐ 薬（・ペニシリン　・ピリン系）<br>☐ 麻酔　☐ ヨード<br>☐ クロルヘキシジン |
| 5 **アレルギーはありますか？** | ☐ ない　☐ ある　☐ ぜんそく　☐ アトピー<br>☐ 食物（　　）　☐ 鼻炎<br>☐ 金属　☐ その他（　　） |
| 6 **過去又は現在内科的な病気はありますか？** | ☐ ない　☐ ある　☐ 肝臓（A / B / C / 慢性）肝炎<br>☐ 心臓　☐ 膠原病　☐ 蓄膿症<br>☐ じん臓　☐ 甲状腺<br>☐ 胃腸　☐ うつ病<br>☐ 糖尿（発症の時期:　　現在の数値　　）<br>☐ その他（　　） |
| 7 **質問6の病気で現在服用中のお薬はありますか？** | ☐いいえ　☐はい（薬の名前　　） |
| 8 **質問6の病気でかかりつけの病院・通院中の病院はありますか？** | ☐いいえ　☐はい（病院名　　） |
| 9 **治療についてのご希望は？** | ☐ 悪いところは全部治したい　☐ 気になっているところだけ治したい<br>☐ 相談しながら治療したい |
| 10 **お子様は以前に歯科治療を受けられましたか？その時のお子様の様子は？** | ☐ いいえ<br>☐ はい　→（　　年　　月頃）<br>☐ 治療できた　☐ 泣いた　☐ 嫌がった　☐ 暴れた |
| 11 **ご兄弟（姉妹）の受診について教えてください** | （お名前　　続柄　　年齢　　）（お名前　　続柄　　年齢　　）<br>（お名前　　続柄　　年齢　　）（お名前　　続柄　　年齢　　） |
| 12 **その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください** | |

**当院では、基本的に押さえつけての診療は危険を伴うため行っておりません。**

そら歯科クリニック