



ご記入日 年 月 日

問診票 (小学生以下)

診察をする上で重要な資料になりますので、正確にお答え下さい。

ふりがな		性別	生年月日
氏名		女・男	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
住所	(〒 - )		
連絡先		保護者氏名	
学校名		ご家族構成	

① どうなされましたか？

---



---



---



② 痛みはありますか？ (すごく痛い 痛い 時々痛い 痛みはない)

③ 通院されている(通院されていた)ご病気がありますか？ (はい いいえ)

はいの方は病名をお書き下さい。

病名 \_\_\_\_\_

④ 今飲まれている薬はありますか？ (はい いいえ)

はいの方はお薬の名前を教えてください

---

⑤ 過去に歯科で治療をされたことはありますか？ (はい いいえ)

はいの方はその時の様子を教えてください

(上手にできた 抵抗はするが、なんとかできた 怖がって治療はできなかった )

⑥ 過去に歯科で麻酔をされたことはありますか？ (はい いいえ)

⑦ 過去にお薬を飲まれて、アレルギー(かゆくなったり、ぶつぶつが出ること)が出てしまったことはありますか？ (はい いいえ)

⑧ その他アレルギーをお持ちですか (はい いいえ)

はいの方はアレルギーの出るものを教えてください。(ラテックス、アルコール、金属等)

---

⑨ 当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ 港北みなもによく来る 家族や知人の紹介(お名前 \_\_\_\_\_ 様)

近くて便利 ネット検索 その他( \_\_\_\_\_ )

⑩ 治療に関して、ご要望や注意してほしいことがあればお書きください。

---



---



---

