



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	(〒 -) 郵便番号もご記入して下さい。			
電話番号	- -	緊急時 電話番号(携帯)	-	-
保護者氏名		ご家族構成	学校名	

① どうなされましたか? ★記入必須



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

※お薬手帳をご提示お願いします。お忘れの場合は受付にお声がけ下さい。

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)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。

