

カルテ No. _____

問診票

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診者	ふりがな		男 女	愛称	生年月日	年 月 日 歳	
	お名前		第 子				
	住所	〒		通園	幼稚園 保育園	通学	学校
	自宅 (TEL)		携帯				

ご家族の受診はございますか？

・はい

お名前		
お名前		

・いいえ

○どのような理由で来院されましたか？

- ①虫歯がある
- ②歯が痛い
- ③検診してほしい
- ④予防処置（フッ素、シーラント）
- ⑤歯並びをみてほしい
- ⑥その他（ _____ ）

*お子様について詳しく教えてください

○今までに次のような病気をされましたか？

- ・アトピー性皮膚炎
- ・ぜんそく
- ・けいれん
- ・てんかん
- ・肺炎
- ・腎臓の病気
- ・肝臓の病気
- ・心臓の病気
- ・血液の病気
- ・その他（ _____ ）

○今まで歯医者さんへ行ったことがありますか？

- ①ある（ _____ 才頃 _____ ）
- ②ない
- ・治療した
- ・薬をぬった
- ・フッ素、検診をした

○現在、通院または投薬を受けていますか？

- ・いいえ
- ・はい 病院名 _____
治療内容 _____

あると答えた方その時の様子はどうでしたか？

- ・上手にできた
- ・泣いたけどできた
- ・暴れた
- ・押さえつけて治療した
- ・嫌がってできなかった
- ・その他（ _____ ）

○お子様の性格は？

- ・神経質
- ・恐怖心が強い
- ・泣き虫
- ・我が強い
- ・甘えっ子
- ・落ち着きがない
- ・のんびりしている

ないと答えた方お子様の治療について

- ・上手に受けられると思う
- ・嫌がると思う
- ・泣くと思う
- ・泣き暴れると思う
- ・その他（ _____ ）

○何か癖はありますか？

- ・指しゃぶり
- ・爪をかむ
- ・唇をかむ
- ・唇を吸う
- ・歯ぎしり
- ・口で呼吸する

○薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- ・ない
- ・ある（ _____ ）
- ・わからない

○当院はどこで知りましたか？

- ・広告
- ・看板
- ・近所
- ・家族が通院している
- ・紹介（ご紹介者 _____ ）
- ・その他（ _____ ）

○間食の時間は決めていますか？

- ・はい（ _____ 時ごろ）
- ・いいえ

○何か心配事や治療上必要な事がありますか？