小児（幼児、小学生、中学生）　問診票

記入日：　　年　　月　　日

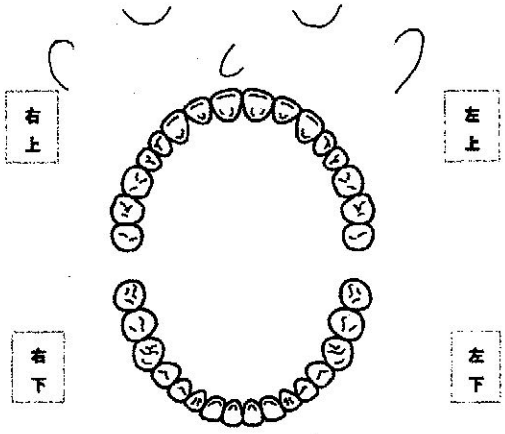
フリガナ		男・女	生年月日 平・令　　年　　月　　日（　　歳） （年少・中・長）（小　中　　年生）体重　　kg
氏名			
住所	〒　　ー　　□相模原市（中央区　緑区　南区）　□町田市		
保護者 電話番号			

本日はどうなさいましたか？
□歯が痛む　　□歯がぐらぐらする
□虫歯がある　　□歯茎が腫れた
□歯並びが気になる
□検診またはフッ化物塗布希望
□その他（　　）

症状はいつ頃からありますか？
約（　　）日前・週間前・ヶ月前・年前から

今までにかかった病気や手術はありますか？
□なし
□あり（　　）

症状のある部位に○をつけて下さい。



現在、治療中の病気はありますか？　□なし　□あり（　　）
□舌下療法を行っている　□血が止まりにくい

現在、飲んでいるお薬はありますか？　□なし　□あり（　　）

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□なし　□あり
□せんそく　□アトピー　□ゴム（ラテックス）□食物（　　）

歯科治療（虫歯の治療）をしたことがありますか？
□なし　□あり

歯の麻酔をしたことがありますか？
□なし　□あり

今回の治療の希望を教えてください
□この機会に悪いところは全部治したい　□痛いところだけ治したい　□相談してから決めたい

当院をどちらでお知りになりましたか？
□インターネット　□看板　□　バス広告　□知人　□通りがかり　□その他（　　）

その他
（　　）

※ご協力ありがとうございました。