

リーフデンタルクリニック 小児用問診票

ふりがな		ご紹介者様			様
お名前		男・女	愛称【		】
保護者名		平成	年	月	日生（
ご住所	〒	携帯電話番号			
通っている学校名など（					

①どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯をなおしたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる	<input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 着色 <input type="checkbox"/>						
②痛みは	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→（ どこが痛みますか？	日前から） <input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯茎 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">右上</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">上前</td> <td style="padding: 5px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">右下</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">下前</td> <td style="padding: 5px;">左下</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	右下	下前	左下
右上	上前	左上								
右下	下前	左下								
③お薬の副作用は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 薬（ペニシリンピリン系） <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> ヨード	<input type="checkbox"/>						
④アレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 牛乳	<input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> アトピー						
⑤内科的病気は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 血管疾患 <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 鼻の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓病						
⑥現在内服中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい→（							
⑦お子様は以前歯科治療を受けられましたか	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい→（							
★その際のお子様の様子は	<input type="checkbox"/> 治療できた <input type="checkbox"/> 暴れた		<input type="checkbox"/> 笑顔 <input type="checkbox"/> その他（		<input type="checkbox"/> 泣いた					
⑧歯磨きは	<input type="checkbox"/> お子様自身でしている <input type="checkbox"/> 保護者がしている <input type="checkbox"/> 仕上げ歯磨きを保護者がしている									
⑨よく飲む飲み物は	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> その他（									
⑩お子様の歯のことで相談したいことは	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない →具体的に教えてください （									

その他、ご要望などございましたらご記入ください。	

ご記入有難うございました

記入日：20 年 月 日