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		年　　月　　日生（　　才）	
ご住所	〒	携帯電話番号 又は ご自宅番号	
通っている学校名など（　　）			

①どうなさいましたか	□虫歯をなおしたい □口臭が気になる □歯並びが気になる	□詰め物がとれた □口内炎 □その他（	□予防処置（クリーニング） □フッ素塗布	□検診 □着色除去 ）
②痛みは	□ない	□ある→（ どこが痛みますか？	日前から） □歯	□歯茎
	※部位を○で囲ってください。 左右表記が歯科用に逆になっております。 ご注意ください。	右上 / 上前 / 左上 右下 / 下前 / 左下		
③内服薬や薬品の アレルギーは	□ない　□ある→	□薬（ □麻酔薬 □その他（	□ヨード	） □アルコール ）
④その他アレルギーは	□ない　□ある→	□金属 □牛乳	□レジン（プラスチック） □その他（	□ラテックスゴム ）
⑤内科的病気は	□ない　□ある→	□喘息 □血管疾患 □その他（	□心臓病 □鼻炎（シダキュア服用	□肝臓病 □ある　□なし　） ）
⑥現在内服中のお薬はありますか？		□いいえ	□はい→（薬名	）
⑦お子様は以前歯科治療を受けられましたか		□いいえ	□はい→（　　年　　ヶ月前頃）	
★その際のお子様の様子は		□治療できた　→ □治療できなかった　→	□笑顔 □泣いた	□泣いた　□暴れた □暴れた
⑧歯磨きは		□お子様自身でしている □仕上げ歯磨きを保護者がしている	□保護者がしている	
⑨よく飲む飲み物は		□お茶　□ジュース　□水　□その他（		）
⑩お子様の歯のことで相談したいことは		□ない　□ある　→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　　年　　月　　日