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, 知人, ご家族	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	□詰め物がとれた	□予防処置（クリーニング）	□検診
	□口臭が気になる	□口内炎	□フッ素塗布	□着色除去
	□歯並びが気になる	□その他（　）		
②痛みは	□ない	□ある→（　日前から）		
		どこが痛みますか？	□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	□ヨード	□アルコール
		□その他（　）		
④その他アレルギーは	□ない　□ある→	□金属	□レジン（プラスチック）	□ラテックスゴム
		□牛乳	□その他（　）	
⑤内科的病気は	□ない　□ある→	□喘息	□心臓病	□肝臓病
		□血管疾患	□鼻炎（シダキュア服用	□ある　□なし　）
		□その他（　）		

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　→	□笑顔　□泣いた　□暴れた
	□治療できなかった　→	□泣いた　□暴れた
⑧歯磨きは	□お子様自身でしている　□保護者がしている	
	□仕上げ歯磨きを保護者がしている	
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