

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（ 才）	
ご住所	〒	携帯電話番号	
		メールアドレス	
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 □フッ素塗布	□検診 □着色
②痛みは	□ない	□ある→（ どこが痛みますか？	日前から） □歯	□歯茎
		右上 左上 右下 左下	上前 下前	左上 左下
③お薬の副作用は	□ない □ある→	□薬（ペニシリンピリン系） □麻酔 □その他（ ）	□ヨード	
④アレルギーは	□ない □ある→	□金属 □牛乳	□鼻炎 □その他（ ）	□アトピー
⑤内科的病気は	□ない □ある→	□喘息 □血管疾患 □その他（ ）	□心臓病 □肝臓病	□鼻の病気 □腎臓病
⑥現在内服中のお薬はありますか？		□いいえ	□はい→（ ）	
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 （ ）月頃	
★その際のお子様の様子は		□治療できた □暴れた	□笑顔 □その他（ ）	□泣いた
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 □牛乳 □ジュース □母乳 □その他（ ）		
⑩お子様の歯のことで相談したいことは		□ある □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