



小児問診表



ふりがな	生年月日（平成・令和）	年	月	日
氏名	男・女			
		電話番号（自宅）	（ ）	
		携帯番号（父・母・祖父母）	-	-
〒		住所		

1 本日はどうなさいましたか？



2 お子様は歯科に苦手意識はありますか？

いいえ・はい

3 過去に歯科治療は受けた事がありますか？

いいえ・はい

4 現在、通院している他の病院はありますか？
はい と答えた方 その病名は何ですか？

いいえ・はい(病院 科)
病名 ()

5 薬を飲んだことはありますか？

いいえ・はい

アレルギーなど合わない薬はありますか？

薬品名 ()

6 過去に麻酔中注射を打ったことがありますか？

いいえ・はい

麻酔注射を打ったとき異常な反応はありましたか？

いいえ・はい

どのような反応ですか？ ()

7 お子様の健康状態

・既往歴

- ☐ はしか ☐ おたくかぜ ☐ 水ぼうそう ☐ 風疹 ☐ 百日咳
☐ その他 ()

・体質

- ☐ アレルギー（薬・食物・その他） ☐ アトピー ☐ ぜんそく
☐ 内臓疾患（心臓・肝臓・腎臓）
☐ その他 ()

8 ご来院の動機

- ☐ 家族・知人の紹介（紹介者名 ）
☐ 近くなので ☐ インターネットをみて