

小児歯科問診表

令和 年 月 日

ふりがな		性別：男児・女児
お名前		家庭での呼び方 ()
生年月日：西暦	年(平成・令和 年)	月 日(歳 ヶ月)
住所	(〒 -)	<電話番号> 自宅： - - 携帯： - - (ご関係)
メールアドレス	@	
幼稚園 / 保育園 / 学校名：		
身長： cm / 体重： kg		

- 1、 今日はいかがなさいましたか？(複数回答可)
- 虫歯がある 歯が痛い 歯肉が腫れた 歯並びが気になる
 歯石を取ってほしい 乳歯が抜けずに永久歯がでてきた 歯肉炎
 歯の色が気になる(黒い・白い・黄色い・茶色い) フッ素を塗ってほしい
 ぶつけた 検診をしてほしい その他()

- 2、 お子様は今まで歯科医院を受診されたことはありますか？

- なし
 あり (才頃)

どのような治療をなさいましたか？(複数回答可)

- 虫歯を削ってつめた 進行止めの薬を塗った フッ素を塗った 見ただけ
 シーラントをした その他()

そのときのお子様の様子はいかがでしたか？(複数回答可)

- 嫌がった 泣いた 暴れた 押さえて治療した 上手にできた

- 3、 今までに病気をされたことはありますか？

- なし
 あり 中耳炎 鼻炎 喘息 結核 熱性けいれん
 肝臓(肝炎) 腎臓 肺 アトピー性皮膚炎
 心臓や血管の病気(病名：) その他
(病名：)



裏面も記載をお願いします♪

