

よこいファミリー歯科 問診票 (こども)

平成 年 月 日

No. _____

氏名 _____ 男・女

住所 _____ TEL () _____

生年月日 H 年 月 日 歳

1. 今日はどうなさいましたか？

<歯>

- 歯が痛い (何もしなくても痛い、物をかむと痛い)
- 虫歯の治療をしたい
- 詰めもの、かぶせ物が取れた
- 冷たい物、熱い物を含むとしみる

<歯茎>

- 歯ぐきが腫れた
- 歯ぐきが痛い
- 歯ぐきから出血する

<その他>

- 検診してほしい
- 歯の掃除をしてほしい
- フッ素塗布希望
- 外観の改善
- 歯がグラグラする

その他

2. 歯科で麻酔を受けたことがありますか？

- はい
- いいえ

3. 麻酔を受けたときに気分が悪くなったことがありますか？

- いいえ
- はい

4. 薬やその他のアレルギーはありますか？
いいえ
はい（)
5. 現在、他科の医院に通院していますか？
いいえ
はい（)
6. 現在、お薬を飲んでいますか？
いいえ
はい（)
7. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？
いいえ
はい（)
8. お子様は以前に歯科治療をしたことがありますか？
はい その時は（おとなしくできた・いやがった・泣いた・あばれた）
今回が初めて
9. お子様が生療中泣いてあばれた場合どうしますか？
泣いても予定通りの治療をつづけてほしい
治療をやめてほしい
10. 治療に対するご希望は？
悪いところは全部治したい
痛いところ、気になるところだけ治したい
11. 治療が必要な場合
最も良い方法を希望
保険外治療の見積もりを希望
健康保険内の治療を希望
その都度聞いて相談したい
12. 診療を受けるに際し、特にご希望されることがありましたらご記入下さい。

この問診票に書かれたことは、よこいファミリー歯科の治療についての資料となるものです。
外部に商業目的で漏らすことはありません。