

問 診 表

問診日 年 月 日

記入者氏名 _____

ふりがな

患者氏名 _____ 愛称 _____ 男・女 _____ 歳 _____ カ月

住所 _____ TEL _____ (_____)

治療の際に参考としますので、治療を受けるお子様についてご記入下さい。秘密は厳守致します。

1. 今日、来院されたのはなぜですか？

痛みがあるから (痛みはどのくらい前から続いていますか？ 日前 週間前 ヶ月前)
むし菌があるから 菌ならびの相談をしたいから 予防や検診をしたいから
その他 (_____)

2. 当クリニックに来院されたのはなぜですか？

小児歯科専門だから 近いから 紹介されたから (紹介者名 _____)
その他 (_____)

3. 今までに菌の治療を受けたことがありますか？ ある (歳頃) なし

4. その時ちょうど治療できましたか？ はい いやがった 泣いた 暴れた

5. 今、お子様はどのような状態だと思えますか？ (今回菌の治療を受けるにあたって)

非常に不安がっている すこし不安がっている 全く緊張していない

6. お子様が治療中に泣いたり、あばれたらどうしますか？

治療をやめてほしい 治療をつづけてほしい

7. 現在の健康状態はいかがですか？

良好 普通 不良 (どこが悪いですか？具体的に _____)

8. 現在常用している薬はありますか？ いいえ はい (薬品名 _____)

9. 今までに使用されたことのある薬に○を付けて下さい。

歯科麻酔薬 アスピリン ペニシリン 副腎皮質ホルモン (ステロイド)

※裏に続きます

