

# 問 診 表

西暦 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_ 昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 (西暦 \_\_\_\_\_ 年)  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヶ月 学年 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_  
日中連絡先 \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

治療を受けるお子様について記入してください。

1. 今日、来院されたのはなぜですか？
  - ・痛みがあるから
  - ・虫歯があるから
  - ・予防や検査がしたいから
  - ・腫れているから
  - ・歯がとれたから
  - ・歯並びが気になるから
  - ・その他 ( )
2. 今まで歯の治療を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ
3. その時、上手に治療をさせましたか？ はい ・ いいえ ・ まあまあ
4. 今回、本院でどの程度の治療を希望しますか？ 痛い歯だけ ・ 悪い歯は全部
5. 現在の健康状態はいかがですか？
  - ・健康
  - ・風邪気味
  - ・おなかの具合が悪い
  - ・予防接種を受けた
  - ・その他 ( )
6. 現在、何かくすりを飲んでいますか？ はい ・ いいえ  
それはなんの薬ですか？ (わかる範囲で) ( )
7. 今までに使用されたことのある薬に○を付けて下さい。
  - ・歯科用麻酔薬
  - ・アスピリン
  - ・ペニシリン
  - ・副腎皮質ホルモン (ステロイド)
8. 何かの薬に対してアレルギー反応を起こしたことはありますか？ はい ・ いいえ
9. 現在、舌下免疫療法を行っていますか？  
はい (開始日 \_\_\_\_\_ ) いいえ
10. 入院、あるいは手術を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ  
その時の病名はなんでしたか？ ( )
11. 下記の病気にかかったことはありますか？あれば○を付けて下さい。
  - ・心臓疾患
  - ・腎臓疾患
  - ・血液疾患
  - ・肝臓疾患
  - ・糖尿病
  - ・自家中毒
  - ・アレルギー
  - ・貧血
  - ・リウマチ熱
  - ・ぜんそく
  - ・アトピー性皮膚炎
  - ・ケイレン
  - ・情緒不安定
  - ・心身障害児
  - ・その他 ( )
12. その他、該当するものがあれば○を付けて下さい。
  - ・嘔吐反射が激しい (すぐに吐き気をもよおす)
  - ・よく熱を出す
  - ・いびきをかく
  - ・食物を吐きやすい
  - ・風邪をひきやすい
13. 今までフッ素塗布を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ
14. 歯と歯の間のう蝕や、永久歯の数の異常、顎骨の中での永久歯の位置や生える方向の異常 (萌出障害の原因) はレントゲンを撮らないとわかりません。これらの異常は早期発見、早期治療により重症化を予防することが可能です。当院ではう蝕や永久歯の萌出障害で歯を失うことがないように、6歳頃～18歳までの子ども達には1～2年に一度、定期的にレントゲン撮影を行い予防に努めております。(費用は保険適用外になるので¥4,000円+税です) 上記の説明にご理解いただき定期健診でのレントゲン撮影にご同意いただけますか？  
はい いいえ ※疾患などをお持ちでレントゲン撮影を避けたい方はお申し出ください。
15. その他、お子様について医師に伝えておいた方がよいと思われる事があればご記入下さい。

- 
16. 当院をどのようにして知りましたか？  
人からの紹介 ( \_\_\_\_\_ 様) 本の中での紹介を見て  
インターネットホームページ 普通っていた
  17. 当院の予約日お知らせシステムにアドレスを登録されますか？  
はい いいえ
  18. 当医院での研究協力にご同意いただけますか？  
はい いいえ