問　診　表

これらの調査は治療の参考にするだけで，絶対に他には洩らしません。

患者氏名(ふりがな)＿＿＿＿＿＿＿＿ 性別＿＿ 年齢＿＿歳 生年月日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日生
住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話＿＿＿＿＿＿
学校名(園名)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　緊急連絡先（携帯等）＿＿＿＿＿＿
この問診表の記入者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　本人との関係＿＿＿＿＿＿
来院の理由
　虫歯の治療　　歯ぐきの病気　　歯ならび　　検診　　フッ素塗布　　外傷
　その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

治療を受けるお子さんについてご記入下さい。

1. 現在健康ですか。　　はい　　いいえ
2. 現在，医師（内科，小児科など）の治療を受けていますか。　　はい　　いいえ
3. 現在，くすりをのんでいますか。　　はい　　いいえ
   もしも，のんでいましたら，その理由　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   くすりの種類（わかる範囲で）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
4. 以前病院に入院したり，手術を受けたりしたことがありますか。　　はい　　いいえ
5. 怪我をするとなかなか血が止まりませんか。　　はい　　いいえ
6. 輸血を受けたことがありますか。　　はい　　いいえ
7. 病気で長期間寝ていたことがありますか。　　はい　　いいえ
8. 以前に下記のくすりを使用されたことがありますか。　　はい　　いいえ
   たとえば，小児科，耳鼻科などで処方され飲んだことがある，坐薬として使用したことがある，あるいは点滴や注射されたことがあるなどが該当します。
   抗生物質(わかれば薬剤名：＿＿＿＿＿)　鎮痛解熱剤(わかれば薬剤名：＿＿＿＿＿)
9. 何かのくすりや食べ物に対しアレルギー反応を示しますか。　　はい　　いいえ
   「はい」の場合には具体的に　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
10. いままでに下記の病気にかかったことがありますか。　　はい　　いいえ
    心臓の病気　　肝臓の病気　　腎臓の病気　　血液の病気　　糖尿病　　リウマチ
    アレルギー　　ぜんそく　　けいれん　　鼻の病気　　耳の病気
    その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
11. 歯科医院を受診するのは初めてですか。　　はい　　いいえ
12. フッ素の塗布を受けたことがありますか。　　はい　　いいえ
13. 下記の“くせ”を持っていますか。　　はい　　いいえ
    指しゃぶり　　おしゃぶりを使う　　唇をかむ　　爪をかむ　　口で息をする
    その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
14. その他，お子さんについて，担当医が知っていた方が良いと思われることがあればお書き下さい。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当医院はどこでお知りになりましたか。
　折り込み広告　　電柱広告　　看板　　知人の紹介(紹介者名:＿＿＿＿＿＿さん)
　タウンページ　　インターネット（検索エンジン，ホームページ）　　雑誌・新聞
　その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿