年　月　日

小　児　用　問　診　票

佐久黒岩歯科医院

（フリガナ）		（愛称）	男 女	生年月日　（満　歳） 平成　年　月　日
お子様のお名前				
保護者のお名前		続柄		お電話番号 （　）
ご住所				緊急連絡先 （　）

どうなさいましたか	□ムシ歯の治療をしたい　□痛い　□歯ぐきがはれた □学校から紙をもらってきた □歯並びが気になる　□歯ぐきから血が出る　□検査をしてほしい □フッ素を塗ってほしい　□その他（　）
どこがどんな風にお痛みですか	右上 上前 左上　□歯　□歯ぐき 右下 下前 左下　□あごの関節　□その他（　） □今日はじめて　□数日前から　□ずっと痛い　□時々痛い　□噛むと痛い □ズキズキ痛い　□なんとなく痛い　□冷たい物がしみる　□熱い物がしみる
今、身体の具合が悪かったり、病気で通院あるいは治療を受けていますか	□　いいえ □　はい　病院名：　病名： 薬の名称：
今まで薬を飲んで副作用が出たことがありますか	□ない □ある（薬品名　症状　）
麻酔の注射をしたことがありますか	□ない　□ある　その時異常は⇒ □ない　□ある（具体的に：　）
お子様は以前に歯科治療を受けたことがありますか	□いいえ □はい⇒（　年　か月前　） 「はい」と答えられた方⇒　その時のお子様の様子は □治療できた　□なんとかできた　□できなかった
現在の健康状態は	□良好　□普通　□不良（具体的に　）
治療に対する希望	□現在気になるところだけでよい　□全体的に治療したい　□相談して決めたい □女の先生を希望 ＊ お子様が泣いて治療が困難になった時 □相談の上、決めたい　□やめてほしい　□続けてほしい
来院時間の希望	□特にない　□午前　□午後（　時以降）　□　月・火・水・木・金・土
当院をお知りになったきっかけ、お選びいただいた理由をお聞かせください	□知人・家族からの紹介（ご紹介名：　） □インターネット（Yahoo！　Google　その他：　）　□院前を通って □雑誌・フリーペーパー（　）　□その他（　） □雰囲気がよさそうだから　□家の近くだから　□ホームページをみて

ありがとうございました。その他ご希望・ご質問等・なんでもご遠慮なくお尋ねください