

# 問診票 (小児の方)

お口の中の健康状態を診断するにあたり、以下の質問は重要な資料となりますので  
正確にお答え下さいますようお願い申し上げます。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名			年 月 日 ( ) 歳
住所	(〒 - )		
		電話	
お子様は何人きょうだいの何番目ですか？ ( 人 番目)			

1. 本日はどうなさいましたか？症状をご記入ください。

--

2. 現在何かの病気で医師の治療を受けていますか？または持病はありますか？

・いいえ      ・はい→病名\_\_\_\_\_

3. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？当てはまる番号に○を付けてください。

1. 心臓疾患    2. B型肝炎・C型肝炎    3. 腎臓疾患    4. 胃腸疾患    5. 糖尿病    6. 血液疾患  
7. 貧血    8. リウマチ    9. 結核    10. 内分泌疾患    11. アトピー    12. ぜんそく  
13. 肝臓疾患    14. HIV    15. ベーチェット病    16. その他 ( )

4. お薬はのまれていますか？

・いいえ      ・はい→薬品名\_\_\_\_\_

※お薬手帳をご提示の方は、ご記入の必要はありません

5. 最後に歯医者を受診されたのはいつですか？

・ ( ) 年前      ・ ( ) カ月前      ・ ( ) 日前      ・受診したことがない

6. 過去に歯科治療（麻酔をした後など）で、体の具合が悪くなったことがありますか？

・いいえ      ・はい

7. 過去に歯を抜いたりケガをした後、血が止まりにくかったことがありますか？

・いいえ      ・はい

8. アレルギーや蕁麻疹の症状が起きたことはありますか？

・いいえ      ・はい→症状\_\_\_\_\_

※続けて裏面もご記入ください。

