＊小　児　問　診　票＊

年　　月　　日

フリガナ 氏名	男・女	生年月日	平成 ・ 令和 年　月　日（　歳）	学校	未・幼 小・中

住所	〒　　ー	保護者氏名
		自宅電話
		携帯電話

1．当院にご来院された理由は	□ 近所・通りがかり（看板）　□ インターネット □ ご家族が通院（ご家族氏名：　　） □ ご紹介（ご紹介者名：　　様）
2．本日はどうなさいましたか	□ 検診をしてほしい　□ 虫歯予防をしてほしい □ ケガをみてほしい □ 歯並びが気になる（具体的に：　　） □ その他（　　）
3．歯科を最後に受診したのはいつですか	頃
4．定期検診は受けていますか	□ いいえ □ はい　（　　ヵ月ごと）
5．虫歯の治療をしたことがありますか	□ いいえ □ はい
6．麻酔を使ったことがありますか	□ いいえ □ はい
7．薬を飲んで副作用はありますか	□ いいえ □ はい　□胃が痛くなる　□発心が出る □痒くなる　□その他（　　） （薬品名･種類　　）
8．過去及び現在も含め内科的病気はありますか	□ いいえ □ はい　□心疾患　□脳疾患　□アデノイド肥大 □喘息　□中耳炎　□鼻炎 □アレルギー（　　） □その他（　　）
9．乳歯が初めてはえたのはいつですか	歳　　ヵ月頃
10．当てはまる項目にチェックを入れてください	□ 指しゃぶりをしている　□ 唇をなめる癖がある □ お口がいつもあいている　□ 鼻が詰まっている □ 爪や物を噛む癖がある □ 堅いものをあまり食べない □ その他気になる癖 （具体的に：　　）

※治療にあたり、以下の項目についてご確認いただきチェックをお願いします。

□ 5歳以上のお子様は永久歯の状態の把握、正確な虫歯チェックのためレントゲン撮影をします。

□ 虫歯治療や乳歯の抜歯が必要な場合でも診療中に動いてしまったり、お口があけられない状態だと、けがにつながる恐れがあるため、すぐに処置ができません。そのような場合は緊急時を除いて練習から始めていきます。

★個人情報管理について

当院は、患者様のプライバシーに関する情報の取り扱いは情報保護の重要性を認識し適正・厳重に管理いたします。

当該情報は、お問い合わせの際や定期健診のご案内等で必要な場合に限り使用し、第三者に開示することはございません。

かいり歯科クリニック
KAIRI DENTAL CLINIC