

問診票（小児）



男 ふりがな

女

お名前

生年月日

年 月 日

住所 〒



自宅



攜帶(父・母)



本日はどうなされましたか？

○歯が痛い ○とれた ○腫れた ○虫歯がある ○着色が気になる

○フッ素 ○歯並びが気になる ○検診 ○その他()



お子様は歯科医院にかかれたことはありますか？

○はじめて ○ある (年 月頃)

当医院を何で知りましたか？

○知人の紹介 ○インターネット ○タウンページ ○看板 ○駅の利用の際

アレルギーはありますか？

☐ない ☒ある（

現在薬は飲んでいますか？

○飲んでない ○はい(薬の名前)



麻酔をしたことがありますか？

○ある ○ない

お子様の愛称を教えてください



好きなキャラクターはありますか？

何か伝えておきたいことがありますか？



 よりこデンタルクリニック