

医療面接シート（小児用問診票）

日付： 年 月 日

治療を行ううえでの参考に致しますので、下記の太枠の事項につき必ず記入をお願いします

フリガナ
お名前 生年月日 年 月 日 年齢 才 男・女

ご住所 〒

ご自宅電話番号 学校・幼稚園・保育園名

携帯電話 メールアドレス @

・現在、通院中の歯科医院はありますか？（ある・ない）あれば医院名[]

・最後に歯医者に行ったのはいつですか？（ ）

1.本日来院された理由（気になることをいくつでも選んでください）

（ ）むし歯 （ ）歯並び （ ）けが （ ）検査希望 （ ）その他（具体的）

2.今の症状はいつからですか？

____（日・週間・ヶ月）前から 痛み止めを飲んでいますか（飲んでいる・飲んでいない）

3.今までに歯科医院を受診したことはありますか？

（ある・ない）（予防・虫歯・歯並び・けが）

・また、その時の様子を教えてください（ ）

・麻酔を使ったことがありますか？（ある・ない・不明）

4.今までに歯を痛がったことはありますか？ あり（いつ： 部位： ）
ない

5.くせはありますか？

あり（指しゃぶり・爪かみ・歯ぎしり・開口・その他： ）

ない

6.身体の状態について伺います

・現在、診断されている疾患・障害はありますか？

病名（ ）服用している薬（あり・なし）

医院名（ ）（薬名）

お薬手帳（あり・なし・忘れた）

・以前これ以外に大きな病気をしたことがありますか？

あり（具体的に）

ない

・過去に血が止まりにくかったことはありますか？

あり（ 歳 ヶ月頃）

ない

・アレルギーはありますか？（ ）ぜんそく（ ）鼻炎（ ）湿疹（ ）薬

（ ）食べ物（ ）その他（ ）

（ ）うがい薬（ヨード）

8.どのような治療を希望されますか？

（ ）今は痛みのある所または気になる所だけ治療し、また気になる所がある時に来院したい。

（ ）今後はお口の管理のための治療をし、メンテナンスまでしっかり通いたい。

9.ご都合の良い曜日や時間帯を教えてください

（ ）いつでも（ ）曜日 時間帯（午前・午後・夕方/ 時くらい）

10.何でこの医院を知りましたか？

紹介者・ご家族で来院している方がいればお名前を記入してください（ ）

（ ）友人・知人の紹介（ ）家族が受診している（ ）看板（ ）インターネット（ ）近所

10.その他、治療に関しての希望や、注意してほしいこと、疑問点などがあれば記入してください

（ ）