

問診表（小児用）

問診記入者名 (続柄) 父・母・その他 ()

ふりがな

お名前 (男・女) 呼び名:

生年月日 平成・令和 年 月 日 (満 歳)

所属 保育園・幼稚園・小学校・中学校 (年)

住所 (〒 -)

ご自宅番号 - -

携帯電話番号 - -

※あてはまる内容にチェック☑、記入(○)をお願いします

○通院に便利な曜日や時間帯 月・火・木・金・土 午前/午後 時

○今日はどうなさいましたか？

○歯科経験 ない ある→むし歯・検診・その他 ()

○薬や麻酔、食べ物などのアレルギー なし あり()

○過去に大きな病気や手術の経験 なし ある (内容:)

○現在、お薬を服用状況 なし あり (薬名:)

○授乳について なし あり(ミルク・混合・母乳)

○家族構成 (一緒に住んでいる人)

祖父・祖母・父・母・兄・姉・弟・妹・その他 ()

○主にどなたと来院されますか？

祖父・祖母・父・母・その他 ()

○保護者の方について

共働き・専業主婦・母子or父子家庭・その他()

○お子さんについて担当医が知っておいた方がよいと思われる事や治療上希望する事がありますか

○当院はどちらでお知りになりましたか？

紹介(様) ホームページ 看板 その他()