

問 診 票

年 月 日

医療事故を防止し、より良い治療を行うための参考となる情報ですので、ご自身もしくは保護者様が正確にお答えくださるようお願いいたします。
ここで得られた個人情報は診療以外の用途に使用することはありません。

フリガナ お名前	お子様の愛称
住所	

◆どうしましたか？

[]

◆今まで歯の治療を受けたことがありますか？

ない ある → その時は 上手にできた 上手にできなかった

◆今まで麻酔や注射をしたことがありますか？

ない ある → その時は 上手にできた 上手にできなかった
気分が悪くなった

◆薬や食べ物でアレルギー(じん麻疹や吐き気など)を起こしたことがありますか？

ない ある → 薬、食べ物、他 ()

◆かかりつけの病院はありますか？

ない ある (病院名) 病名)

◆現在、他の疾患で処方されている薬はありますか？

ない ある ()

◆以下にあげるクセがあればチェックしてください

指しゃぶり 爪を噛む 唇を吸う 唇を噛む 口で呼吸する

◇今回の治療の部位について

とりあえず今気になっているところだけ治したい (他の治療は不要)
他に治した方がよいところは、状態を聞いてから考えたい
治療の必要があるところはすべて治したい

◇泣いたり暴れたりした場合どうしますか？ (あまり無理すると歯医者嫌いになります)

治療をやめてほしい そのまま治療を続けてほしい

◇ご要望があればどうぞ

ご協力ありがとうございました。