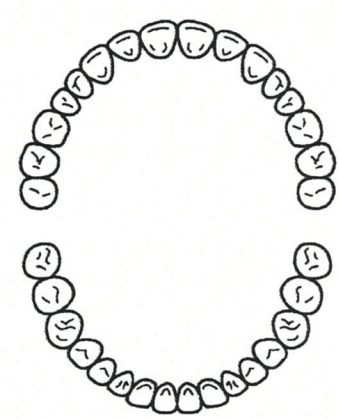


# 小児（幼児、小学生、中学生） 問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			平・令 年 月 日 ( 歳) (年少・中・長) (小 中 年生) 体重 kg
住所	〒 ー		
保護者 電話番号			

<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>歯が痛む            <input type="checkbox"/>歯がぐらぐらする</p> <p><input type="checkbox"/>虫歯がある        <input type="checkbox"/>歯茎が腫れた</p> <p><input type="checkbox"/>歯並びが気になる</p> <p><input type="checkbox"/>検診またはフッ化物塗布希望</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p>	<p style="text-align: center;">症状のある部位に○をつけて下さい。 (保護者の方から見た部位)</p> <div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">右 上</div>  <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">左 上</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; margin-top: 100px;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">右 下</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">左 下</div> </div> </div>
<p>症状はいつ頃からありますか？</p> <p>約 ( ) 日前・週間前・ヶ月前・年前から</p>	
<p>今までにかかった病気や手術はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>あり ( )</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？    <input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり ( )</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/>舌下療法を行っている   <input type="checkbox"/>血が止まりにくい</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？   <input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり ( )</p>	
<p>お薬・食べ物のアレルギーはありますか？   <input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり</p> <p><input type="checkbox"/>せんそく   <input type="checkbox"/>アトピー   <input type="checkbox"/>ゴム (ラテックス)   <input type="checkbox"/>食物 ( )</p>	
<p>歯科治療 (虫歯の治療) をしたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり</p>	
<p>歯の麻酔をしたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり</p>	
<p>今回の治療の希望を教えてください</p> <p><input type="checkbox"/>この機会に悪いところは全部治したい   <input type="checkbox"/>痛いところだけ治したい   <input type="checkbox"/>相談してから決めたい</p>	
<p>当院をどちらでお知りになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>インターネット   <input type="checkbox"/>看板   <input type="checkbox"/>バス広告   <input type="checkbox"/>知人   <input type="checkbox"/>通りがかり   <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>	
<p>その他 ( )</p>	

※ご協力ありがとうございました。