

NO _____

_____年 _____月 _____日

小児予診表

ふりがな お名前	男・女	生年月日 年 月 日 (歳)
ご住所 〒	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯

お子様は現在、どこに通われていますか？	
<input type="checkbox"/> まだいっていない <input type="checkbox"/> 保育園に通っている <input type="checkbox"/> 幼稚園に通っている <input type="checkbox"/> 小学校に通っている	
お子様は歯科に苦手意識はありますか？	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない	
現在通院中の病院はありますか？(ある方は病名もご記入ください)	
<input type="checkbox"/> ある (病院 科)病名() <input type="checkbox"/> ない	
お薬のアレルギーはありますか？	
<input type="checkbox"/> ある(お薬名) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 飲んだことがない	
歯科治療を受けたことはありますか？	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
麻酔注射を打ったことがありますか？	
<input type="checkbox"/> ある(異常はありましたか？) <input type="checkbox"/> ない	
歯磨きの回数はどうですか？	
<input type="checkbox"/> 1日 回 <input type="checkbox"/> 日によって違う <input type="checkbox"/> 磨かない 仕上げ磨きはされていますか？ <input type="checkbox"/> している(朝・夜) <input type="checkbox"/> していない	
既往症 体質	お子様の健康状態 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他()
治療のご希望	
<input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> フッ素塗布、歯ブラシ指導なども希望 <input type="checkbox"/> 定期的に健診を受けたい	