

お子さまの予診表

記入日 年 月 日 記入者 続柄

フリガナ		
お名前	男 女	年 月 日生まれ
ご住所	〒	TEL.
学校（保育園・幼稚園）名		

1. お子様は現在、保育園・幼稚園などに通っていますか？

- () まだ通っていない () 保育園に通っている () 幼稚園に通っている
 () 乳児園に通っている () 小学校に通っている

2. 間食をよくしますか？

- () いいえ () はい

3. 間食では特に何を食べていますか？

- ()

4. 甘いものが好きですか？

- () いいえ () はい

5. 現在、通院している病院はありますか？

- () いいえ () はい (_____ 病院： _____ 科 病名： _____)

6. 現在、常用しているお薬はありますか？

- () いいえ () はい (薬名： _____)

7. 過去に麻酔注射をしたことがありますか？

- () いいえ () はい

その時異常な反応はありましたか？

- () いいえ () はい (症状： _____)

8. 過去に歯科医院に通院したことはありますか？

- () いいえ () はい → 治療したとき泣きましたか？ (いいえ・はい)

9. 歯磨きの回数についてお伺いします。

- () 1日に2回以上、夜寝る前には必ず歯磨きをします。
 () 1日に1回歯磨きをします () ほとんど歯磨きをしません
 () 仕上げ磨きを必ずします () 仕上げ磨きはしません

10. お子様の健康状態

- 既往歴 () はしか () 水ぼうそう () おたふくかぜ
 () 風疹 () 百日咳 () その他 (_____)
 体質 () アレルギー 具体的に： _____ () アトピー () 喘息
 () 精神疾患： _____ () 内臓疾患： _____
 () 特になし

11. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ()

12. その他、治療に関しての希望や要望、疑問点などありましたらご記入ください