



## 問診票 (小児用)

受付 \_\_\_\_\_ 年 月 日

フリガナ		生年月日	
氏名		男	西暦 年 月 日
		女	( 歳 か月 )
住所	〒		連絡先 携帯
			TEL
学校 (幼稚園等) 名	問診票記入者	お子様の愛称	

※当院をどのような方法でお知りになりましたか？

- 1 紹介 (家族・家族が通院している・知人) → (紹介者・ご関係) \_\_\_\_\_
- 2 インターネット 3 近いから 4 その他

該当するものに☑を付けて下さい

来院の理由	<input type="checkbox"/> 歯や歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 口の中に何かできた <input type="checkbox"/> シーラント、予防治療 <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい <input type="checkbox"/> 歯並び相談 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
それはお口の中のどこですか？	<input type="checkbox"/> 前歯 (上・下) <input type="checkbox"/> 奥歯 右側の (上・下) <span style="margin-left: 150px;">左側の (上・下)</span>
いつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> (    ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
今回の治療で	<input type="checkbox"/> 悪い歯は全部治したい <input type="checkbox"/> 痛い歯だけ治したい <input type="checkbox"/> 相談の上決めたい
今までに歯科を受診したことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ (初めての歯科受診) <input type="checkbox"/> はい (その時/ 上手にできた・嫌がった・泣いた・あばれた) どのくらい前に受診しましたか？ (    年    か月ぶり)
治療中お子さんが泣いて動いた場合、どうしたいですか？	<input type="checkbox"/> 泣いても続けてほしい (スタッフが身体を抑制する場合があります) <input type="checkbox"/> 治療を中断してほしい <input type="checkbox"/> 担当医と相談したい。 <u>※当院では初診の口腔内診査時には泣いていても基本的にはお口の中を診察します。※泣いている時は診査もしてほしくない方は診療室にてお申しつけ下さい。</u>
歯科麻酔の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その時気分が悪くなったことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ



裏面の記入もお願いします

治療中のご病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ・喘息 ・心臓疾患 ・腎臓病 ・てんかん ・心療内科 ・糖尿病 ・アレルギー（ ） ・その他（ ）
現在服用中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →薬の名前（ ）
アレルギーはありますか？ (薬、食品、金属、ラテックス等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 具体的に記入して下さい（ ）
フッ素について	<input type="checkbox"/> 他の歯科医院でフッ素塗布したことある <input type="checkbox"/> フッ素配合の歯磨き粉を使用している <input type="checkbox"/> フッ素洗口している <input type="checkbox"/> フッ素は使用したくない
仕上げ磨きはどの程度行っていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> していない
歯磨きの時間	<input type="checkbox"/> 朝食前 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前
フロスの使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
授乳、ミルクについて	<input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 卒乳済み（ 歳 か月頃）
習慣的飲み物	・お茶 ・カルピス、ヤクルトなど ・水 ・スポーツ飲料 ・牛乳 ・ジュース ・炭酸飲料
指しゃぶりなどの癖はありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

歯科治療の際に気を付けてほしいことがあれば記入して下さい。

