

お子様用 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな:	生年月日: 年 月 日 歳 ヶ月
お名前:	呼名・あだ名:
住所: 〒 —	メルアド: ※必ずお書きください。 ・PC ・携帯
電話: ・家 — —	・保護者の携帯 — —

ご来院の希望は ございますか? いいえ はい

「はい」とお答えの方に、ご質問いたします。 ご都合の良い 時間と曜日に○を付けてください。

・時間 8 9 10 11 12 / 15 16 17 18 19

・曜日 平日ならOK・月・火・水・木・金・土・日・祝祭日

当医院を、お知りになられた きっかけ

路上前看板 上付け看板 駅看板 建物 アエルデ 雑誌 TV

雑誌 本 電話帳 携帯ホームページ パソコンホームページ

当ビル内他医院通院 うわさ（ぜひ内容を: _____)

ご紹介（ご家族・お友達・知人）⇒ お名前: _____

その他（ _____)

今回来院なされた主な理由は（レ点を付けてください。）

歯が痛む 検診希望 ムシ歯がある 検診でムシ歯があると言われた

口臭 歯並びの相談 歯ぐきが気になる フッ素塗布

クリーニング希望 シーラント その他: _____

歯をぶつけた ・いつ: _____ ・どのように: _____

—

全身のお体について 教えて下さい

・現在病気はありますか	はい	いいえ
・出血は止まりにくいですか	はい	いいえ
・麻酔注射に特別な反応はありますか	はい	いいえ
・内科・主治医を教えてください。	医院: _____ 先生:	
・普段の健康状態はいかがですか?	<input type="checkbox"/> 頑健 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> アレルギー・特異体質	
・しばしばかかる病気はありますか	病名: _____	
・現在飲んでいるお薬はありますか	薬名: _____	
・お薬による副作用・アレルギーはありませんか	薬名: _____	
・食べ物のアレルギーはありませんか	いいえ	はい ⇒ 食品名: _____

<p>お子様と一緒に住んでいる 家族構成を 教えてください。 ※必ずお書き下さい。</p> <p>□祖父（ 歳） □祖母（ 歳） □父（ 歳） □母（ 歳） □兄弟姉妹（ 人） → （ 歳）（ 歳）（ 歳）（ 歳）</p>			
・ご家族の中で、歯の悪い方はいらっしゃいますか	はい	いいえ	むしば・歯周病・歯並び
・お子さまは母乳でしたか。	はい	いいえ	
<p>お口の中について 教えてください</p>			
・毎日歯みがきをしていますか	はい	いいえ	
・歯みがきは、どなたがしていますか	本人	保護者	
・仕上げ磨きは、していますか	はい	いいえ	
・いつ行っていますか	□起床後 □朝食後 □昼食後 □夜食後 □就寝前		
・どのくらい磨いていますか	1回	分	
・歯みがき時に出血はありますか	はい	いいえ	
・口臭は気になりますか	はい	いいえ	
・口で呼吸する事はありますか	はい	いいえ	時々
・歯磨き粉は使用していますか	はい	いいえ	商品名__
・指しゃぶりなどのクセはありますか	はい	いいえ	以前、__歳までしていた。
<p>生活について 教えてください</p>			
・お食事は一日3回とっていますか	はい	いいえ ⇒ 2回(朝・昼・夜) / 1回(朝・昼・夜)	
・おやつは一日何回ですか			__回
・おやつの時間は、何時ですか		__時 / __時 / __時	
・どんなおやつを好んで食べていますか			
・飲み物は、何が好きですか			
・睡眠時間は、平均何時間取っていますか		__時～__時迄の、約__時間	
・昼間は、どなたと一緒にいらっしゃいますか			
<p>・保護者の方が行っている、歯の予防法を教えてください</p>			



ありがとうございました。

これから一緒に、お子さまの大切な歯を守りましょうね♪

医療法人社団スマイル会 ふかさわ歯科クリニック