

小児歯科問診表

フリガナ
お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヲ月) (男・女)

ご住所 〒 _____ 市 _____ 区 _____

ご連絡先 _____

保護者名 _____ 緊急連絡先 (携帯) _____

ご来院理由

虫歯 歯の痛み 歯ぐきの腫れ 歯並び 外傷 検診 予防 その他 _____

歯科にかかるのは初めてですか はい いいえ (_____ 年 _____ 月以降)
その時は 治療できた 嫌がったが治療できた 無理やり治療した 泣いた
 暴れた 断られた 治療できなかった その他 _____

歯科で麻酔をしたことがありますか はい いいえ

特異体質やアレルギーはありますか はい いいえ わからない
 喘息 血が止まりにくい じん麻疹・湿疹がでる _____
 アトピー _____ 薬 _____
 食べ物 _____ その他 _____

全身的な病気はありますか (該当する方のみ記入)

病名 _____

通院医療機関 _____ 担当医 _____

常用している薬はありますか (該当する方のみ記入)

本人または家族のなかに血液疾患・ウイルス性疾患 (B・C肝炎、HIV など) にかかった事のある方はいますか

いない 本人 父 母 祖父母 兄弟姉妹 わからない 疾患名 _____

通院について、ご希望があればお書き下さい。

_____ 曜日 ・ 午前 ・ 午後 ・ _____ 時以降 ・ いつでも可 ・ 他 _____

当院は予約制です。無断キャンセルは無いようにご協力をお願いします。

ご都合の悪い場合は事前にご連絡ください。

予約時間に遅れた場合、診療時間が短くなることや、お待たせすることがあります。ご了承ください。

歯磨きについて

歯磨きはいつしますか 起床時 食後（朝・昼・夕食） おやつ後 寝る前
仕上げ磨きをしますか する（毎回・1日____回 いつ_____） しない
フロス・糸ようじをお使いですか 1日1回以上している たまに使用する 使用していない

フッ素の利用について

- 歯科医院や保健所等でフッ素塗布を定期的に行っている
- 家でフッ素洗口剤やスプレーなどを使用している
- フッ素配合の歯磨き粉を使用している
- 全く使用していない

おやつについて

おやつは時間を決めていますか

1日 / _____回 _____時頃 _____時頃 _____時頃 ・ 決めていない

主にどのようなおやつですか おせんべい・おにぎり・菓子パン・果物・ケーキ・クッキー
アイス・あめ・ガム・チョコレート・その他_____

どのような飲み物を飲んでいますか お茶・水・牛乳・ヤクルト・カルピス・100%ジュース
炭酸飲料・スポーツドリンク・その他_____

お子様の性格について

- ききわけがよい 我慢強い 神経質 のんびり 恐怖心が強い
- わがまま 泣き虫 乱暴 甘えっ子 人見知り その他_____

情緒面でご心配なことはありますか（発達の遅れ・学習障害・多動症・自閉症など）

ない ある_____

治療内容について

- 悪いところは全部治したい 今、痛んでいるところだけ治したい 応急処置だけ
- お口の健康管理もしてほしい（歯ブラシ指導・フッ素塗布・定期健診）
- 慣れるまでトレーニングを希望 出来ない場合は治療しない