



小児問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
お名前			ご兄弟	() 人兄弟の () 番目・ひとりっ子
保護者氏名			学校 幼稚園名	
ご住所	〒		自宅電話	<input type="checkbox"/>
			携帯電話	<input type="checkbox"/> (続柄)
↑連絡しても良い連絡先に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをつけてください				

お手数ですが該当する箇所に チェックをつけてお答えください。

★当院を知ったきっかけ

- 医院を直接見て (看板など)
- 家族の紹介 (お名前 様・関係)
- 知人の紹介 (お名前 様・関係)
- ホームページ
- その他 ()

★どうなさいましたか？ (複数回答可)

- 歯が痛い
- 虫歯がないかみてほしい
- むし歯がある
- 学校検診の結果
- 歯並びの相談
- フッ素を塗ってほしい
- 歯をぶつけた
- メインテナンス (定期検診) 希望
- その他 ()

★以前、歯医者さんにかかったことがありますか？

ある

そのときの様子はいかがでしたか？

- 上手にできた
- 嫌がった
- 泣いた
- 暴れた
- 分からない
- その他 ()

麻酔注射をしたことはありますか？

ある

ない

ない

歯科治療に対してお子様の様子は？

- 上手く受けられると思う
- 怖がっている
- 泣くと思う
- 抵抗すると思う
- わからない
- 泣いたりぐずったりして困難な場合
- 治療をやめてほしい
- 様子を見ながら進めてほしい

★次の病気にかかったことはありますか？

ない

心臓病

肝臓病

腎臓病

ぜんそく

糖尿病

肺炎

その他 (病名:)

★現在、他のお医者さんにかかっていますか？

いいえ

はい 病名 ()

科名 ()

★アレルギーはありますか？

ない

ある (牛乳 フッ素 金属)

お薬 ()

他 ()

★歯磨きについて

①いつ磨きますか？

朝 昼 おやつの後 夜 磨かない

②1回の歯磨きの時間はどれくらいですか？

(約 分)

③仕上げ磨きをしていますか？

毎日 時々 していない

★クセはありますか？ (過去にありましたか？)

指しゃぶり 爪かみ 歯ぎしり 呼吸

★今後、むし歯を予防したいですか？

予防したい わからない

痛みが出たら 治せばよい

診療にあたり、希望などありましたらお書きください。

※当医院は予約制です。予約の変更がある場合は、前日までのご連絡をお願いしております。 同意する

尚、予約日時が無断キャンセルが度重なる場合には、事前予約にご対応できなくなるケースもあります。ご了承ください。