

# 問診票 (こども)

記入日 年 月 日

|        |   |         |          |
|--------|---|---------|----------|
| ふりがな   |   | 生年月日    | 西暦 年 月 日 |
| 氏名     |   | 年齢      |          |
| ご住所    | 〒 |         |          |
| 自宅電話番号 |   | 保護者電話番号 | (続柄)     |

◎どうなさいましたか (○をつけてください わかる範囲でご記入ください)

歯並びが気になる 検診を受けたい クリーニングをしたい 歯を白くしたい フッ素を塗りたい 虫歯がある 痛い 腫れている 詰め物・被せ物が取れた 歯がぐらぐらする  
その他 ( )

◎場所はどこですか( ) ◎いつからですか( )

◎歯の治療は初めてですか 初めて・経験がある ( 歳)

◎治療できましたか できた・できなかった ( )

◎出生時の異常、持病、過去にかかった病気について教えてください

出生時体重 ( g) 特記事項 ( )

持病 ( ) 過去にかかった病気 ( )

◎飲んでいる薬を教えてください ない ある ( )

◎本日の体調は よい 熱がある 疲れている 睡眠不足 他 ( )

◎お子様の性格 甘えん坊 泣き虫 おとなしい 活発 他 ( )

◎お子様の愛称 ( ) ◎お子様が好きなものは ( )

◎お口のお手入れや習慣について

歯磨きは 起床後 食後 (朝・昼・夕) 就寝前 一回 分くらい

◎大人が仕上げ磨きはしていますか こどもだけ・夜 ( ) ・毎食後

◎使う清掃用品は 歯ブラシ フロス 歯間ブラシ 他 ( )

◎睡眠時間 ( ) 時間くらい 不規則

◎習慣的飲食物 なし あり ( )

◎間食 不規則 決まった時間に あまりなし

◎当院に来られたのは

近所だから 家族や知人にきいて (お名前 ) インターネット (ホームページ)

パンフレットなど ( ) 他 ( )

◎当院では歯科治療が怖くて強く抵抗するお子様に対し、ご希望であれば安全に留意した上で身体の抑制下 (タオルでくるむ等) での積極的治療を提案することができますが、その判断は保護者の方へお願いしております。ご希望されますか?

希望する

そこまでの治療は希望しない

※必要時には再度説明と希望の確認を致します。

◎他にご要望がありましたらお聞かせください