



問診票



年 月 日 (歳)

ふりがな	お誕生日	年	月	日
氏名	自宅電話	—	—	
住所〒	携帯電話	—	—	
	連絡先	本人・父・母・祖父・祖母・その他()		
	E-mail			
	普段の呼び名 (あだ名)			

お子さんの健康状態などについてお答えください。
 秘密は厳守いたしますので、正確にご記入くださいますようお願い申し上げます。

どのようにして当院をお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> インターネットを見て (ホームページ・その他) <input type="checkbox"/> 家が近いから <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 他医院からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 紹介者・医院()
お口の中で一番気になる所は?	
お子さんは主にどなたと一緒にいることが多いですか?	
家族構成 (丸をつけてください)	祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ ()
好きなもの ※キャラクターなど	
全身疾患の有無	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り ()
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り (ぜんそく・鼻炎・花粉症・金属・薬 種類:)
アトピーの有無	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り
通院中の病院	

ウラ面にもご記入をお願いします。

卒乳について	<input type="checkbox"/> 済んだ <input type="checkbox"/> まだ (時期: _____)
授乳について	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳 回数 (_____) / 日 時間 (_____)
仕上げ磨きについて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度: 朝・昼・夜)
よく飲む飲み物は?	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 果汁飲料 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> スポーツドリンク
お使いのお口の 清掃道具は?	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動ブラシ <input type="checkbox"/> フロス (糸ようじ) <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他 (_____)
歯医者さんで歯みがきを 習ったことは?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯医者さんは初めて?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
麻酔や治療で異常が あったことは?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に: _____)
フッ素の使用について	<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 使っている (種類: _____)
クセはありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (指しゃぶり・舌癖・ほおづえ・爪かみ・下顎を出す・歯ぎしり ・口を開けている・その他: _____)
かみ合わせについて	<input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる
食生活について	おやつ: <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則的 偏食: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) 間食: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)
お子さんと一緒に 入室しますか?	<input type="checkbox"/> はじめから入室 <input type="checkbox"/> 説明時のみ希望 <input type="checkbox"/> 希望しない
治療中にお子さんが 泣いたり、嫌がったり、 暴れたりした場合は どうされますか?	<input type="checkbox"/> 治療をやめてほしい <input type="checkbox"/> 治療を続けて構わない

当院では小さなお子さんの場合には、一緒に入室されることをおすすめしています。

お子さまのペースに合わせて治療に慣れていくように練習し、無理なく治療を終えていきたいと思っています。

そのため、回数がかかることがあります。

万が一治療中にお子様の泣き方がひどくなってしまったら、切りの良いところで次回に続きをしていきます。

ご希望がございましたら、それに準じた方針で行いますのでお知らせください。

