



問診票



受診日 年 月 日

ふりがな

お名前

生年月日 西暦 年 月 日

年齢 (歳 か月)

性別 ☐ 男 ☐ 女

住所 〒

電話番号 () -

家族構成

学校・幼稚園・保育園名

本日はどうされましたか？ (あてはまるものに✓)

- ☐ 歯が痛い
- ☐ むし歯が気になる
- ☐ 歯ぐきが腫れた
- ☐ 歯をぶつけた
- ☐ 歯並びが気になる
- ☐ フッ素塗布を希望
- ☐ 定期健診
- ☐ その他 ()

痛みや腫れなど、どこが いつ頃からですか？
()

お子様は歯科治療を受けたことがありますか？

- ☐ はい ☐ いいえ
- 「はい」の方は、あてはまるものすべてに✓をお願いします。
- ☐ むし歯治療 ☐ 抜歯
- ☐ フッ素塗布 ☐ その他 ()

お子様は歯科治療で困ったことはありますか？

- ☐ 泣いて椅子に座ってくれない
- ☐ かなり動きが激しい
- ☐ 吐きやすい(えずきやすい)
- ☐ 特になし
- ☐ その他 ()

歯科での麻酔や他科での注射で異常が出たことがありますか？

- ☐ ない ☐ ある ()

お子様は今までに大きな病気にかかったこと、もしくは手術をしたことはありますか？

- ☐ ない ☐ ある ()

現在の健康状態について治療中の病気はありますか？

- ☐ ない ☐ ある ()

飲んでいるお薬はありますか？

- ☐ ない ☐ ある ()

→どんな症状に対して飲まれている物ですか？
()

アレルギーはありますか？ (あてはまるものすべてに✓)

- ☐ ない ☐ 薬 ☐ 食べ物 ()
- ☐ ラテックス ☐ アトピー ☐ その他 ()

歯科以外のかかりつけ医はありますか？

- ☐ ない ☐ ある (医療機関名:)

発育・発達

お子様は同年の子供達と比べて発育、発達の遅れがありますか？
何か障害はありますか？

- ☐ 問題なし
- ☐ 気になることがある ()

→かかりつけ医の先生から、何か注意を受けていますか？

()

生活習慣について

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 歯みがき (お子様ご自身) | 仕上げみがき (保護者の方) |
| ☐ 1日1回 | ☐ 毎日している |
| ☐ 1日2回 | ☐ 時々している |
| ☐ 1日3回以上 | ☐ していない |

甘いおやつ・ジュース

- ☐ 毎日 ☐ 時々
- ☐ ほとんど食べない・飲まない

気になること・伝えておきたいこと

()

保護者氏名 記入者 (続柄) 紹介者