

記入日 平成 年 月 日

小児用問診票 (～12歳まで)

フリガナ _____ 男 女
 氏名 _____ 平成 ____年 ____月 ____日生 (____歳) 血液型 (____) 型
 保護者氏名 _____ 父 母 その他 (____)
 住所 〒 _____

Tel _____ (____) 携帯 _____ (____) 父 母 その他

E-mail _____ @ _____

在 schools 名 _____ 保育園・幼稚園・小学校・中学校 第 ____ 学年 ____ 組

通学時間 ____ 時間 ____ 分 部活動・習い事・学童等 _____

兄弟・姉妹はいますか? はい いいえ

一緒にお住まいの方に○をつけてください。 父・母・祖父・祖母・兄・姉・弟・妹

1. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。(複数可)
 - 近所 看板・パンフレットを見て ホームページ
 - 家族・知人の紹介 (紹介者名 _____)
 - 歯科医院の紹介 (歯科医院名 _____)
2. 本日はいかがなさいましたか? (気になること全てにチェックをして下さい)
 - 歯並びが気になる 歯が痛い 歯茎が痛い 検診
 - 虫歯がある その他 (_____)
3. お子様の性格について教えてください (あてはまるもの全てにチェックをして下さい)
 - 神経質 おおらか 人見知り 活発 おとなしい 怖がり
 - 痛がり その他 (_____)
4. 母乳保育でしたか? はい (____) 歳まで いいえ
5. 睡眠中に：歯ぎしりをする はい (毎晩・時々) いいえ
 いびきをかく はい (毎晩・時々) いいえ
特定の姿勢で寝る はい (毎晩・時々) いいえ
 ↳ 仰向け 横向き うつぶせ その他 (_____)

※お手数ですが裏面のご記入もお願い致します。

《医科的既往歴》

6. 現在病気で通院していますか？ はい いいえ
病名 _____ 病院名 _____
常用している薬 _____
7. 鼻はよく詰まりますか？ はい いいえ
8. のどはよく腫れますか？ はい いいえ
9. 薬品や食品に対するアレルギーはありますか？ はい いいえ
薬品名 _____ 食品名 _____
10. 今まで下記の病気にかかったことはありますか？ はい いいえ
肝臓疾患（ 型肝炎） _____ 歳頃 腎臓疾患 _____ 歳頃
心臓疾患 _____ 歳頃 アトピー性皮膚炎 _____ 歳頃
喘息 _____ 歳頃 消化器疾患 _____ 歳頃
その他（ ） _____ 歳頃
11. 血が止まりにくいことはありますか？ はい いいえ

《歯科的既往歴》

12. 歯科受診の経験はありますか？ 初めて 2回以上
13. 歯科でどのような処置を受けたことがありますか？
虫歯の治療 歯茎の治療 抜歯 フッ素塗布 その他（_____）
14. 虫歯予防の為にしていることはありますか？
（あてはまるもの全てにチェックをして下さい）
フッ素（塗布・洗口・歯磨き粉） キシリトールガム その他（_____）
15. 歯磨き後、就寝前に飲食しますか？ はい いいえ
16. 嗜好品について教えてください。（あてはまるもの全てにチェックをして下さい）
・食べ物：ハイチュー あめ スナック菓子 その他（_____）
・飲み物：炭酸飲料（_____） 果汁・野菜ジュース（_____）
スポーツドリンク 乳酸菌飲料 その他（_____）
17. ムシ歯予防のため、フッ素の使用を希望されますか？ はい いいえ

その他、ご質問・ご要望がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。