

記入日 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 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

在学学校名 \_\_\_\_\_ 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 当院セミナー  
家族・知人の紹介(紹介者名 \_\_\_\_\_)  
歯科医院の紹介(歯科医院名 \_\_\_\_\_)  
区の広報 歯科医師会 HP 定期的に保健所に通っていて

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 歯の着色  
虫歯があると思う 食事がうまくできない等 保健所で行くように言われた  
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  
授乳中

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遠慮なくご記入ください。

ご協力ありがとうございました。