

カルテNo. _____

小児問診票

記入日

ふりがな	年齢	生年月日	T・S	年	月	日
氏名	歳		H・R			
住所	〒 _____ (_____) 幼稚園・小学校					
電話番号	携帯番号	緊急連絡先				
当院を何でお知りになりましたか?	ホームページ・看板・ロコミ・ご紹介(_____ 様)・その他(_____)					

本日はどうなさいましたか?	1.むし歯 2.歯が痛い 3.詰め物が取れた(取れたものがある・ない)					
右上	前上	左上	4.歯ぐきの腫れ 5.歯がぐらぐら 6.歯並び 7.外傷 8.予防処置			
右下	前下	左下	9.歯磨きの指導 10.検診 11.その他(_____)			

歯科にかかるのは初めてですか?	はい	・	いいえ(_____ 年 _____ 月以来)
-----------------	----	---	--------------------------

歯科治療で麻酔をしたことがありますか?	はい	・	いいえ
---------------------	----	---	-----

歯科治療で歯を抜いたことがありますか?	はい	・	いいえ
---------------------	----	---	-----

けがをしたときなど、血が止まりにくいですか?	はい	・	いいえ
------------------------	----	---	-----

アレルギーがありますか?	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 薬疹(_____)		
はい・いいえ	<input type="checkbox"/> 食べ物(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)		

全身的な病気・障がいをお持ちですか?	病名(_____)		
はい・いいえ	通院医療機関(_____) 担当医(_____)		

常用している薬はありますか?	はい(薬名: _____)・いいえ		
----------------	--------------------	--	--

フッ素を使用したことがありますか?	<input type="checkbox"/> 歯科医院や保健所などでフッ素塗布をしたことがある <input type="checkbox"/> フッ素のジェルなどを使用している <input type="checkbox"/> フッ素配合の歯磨き粉を使用している		
はい・いいえ			

おやつは、いつ食べますか?	<input type="checkbox"/> ほとんど与えていない <input type="checkbox"/> 時間を決めている <input type="checkbox"/> 食べたい時に自由に食べている		
---------------	---	--	--

(あてはまるもの全てにチェックして下さい)家庭でどのようなおやつや飲み物を飲食していますか?	<input type="checkbox"/> おせんべい <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> あめ <input type="checkbox"/> ガム <input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> スポーツ飲料 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料などのジュース <input type="checkbox"/> その他(_____)		
--	---	--	--

歯磨きについて			
a.いつ歯を磨きますか?	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> おやつ後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前		
b.仕上げ磨きはしていますか?	<input type="checkbox"/> 毎日している <input type="checkbox"/> 時々している <input type="checkbox"/> していない		
c.フロス(糸ようじ)は使っていますか?	<input type="checkbox"/> 毎日している <input type="checkbox"/> 時々している <input type="checkbox"/> 使用していない		

次のような癖はありますか?または以前ありましたか?	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> ゴム乳首の常用 <input type="checkbox"/> 唇を噛む(巻き込む) <input type="checkbox"/> 爪を噛む <input type="checkbox"/> 舌を噛む <input type="checkbox"/> 布を噛む <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> くち呼吸 <input type="checkbox"/> くちを開けている <input type="checkbox"/> 頬杖 <input type="checkbox"/> うつぶせ寝 <input type="checkbox"/> 横向き寝 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
---------------------------	---	--	--

お子さんの“こんなことで困っていませんか?”	<input type="checkbox"/> あまり噛まずに丸のみしている <input type="checkbox"/> 指しゃぶりがやめられない <input type="checkbox"/> 食べるときにクチャクチャ音がしている <input type="checkbox"/> 赤ちゃん言葉が気になる <input type="checkbox"/> いつもポカンと口が開いている <input type="checkbox"/> その他(_____)		
------------------------	---	--	--

その他、治療にあたって伝えておきたいことやこの機会に聞きたいことがありましたらご記入ください。

ご都合の良い曜日・時間帯	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						
(_____)時以降						