

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?

はい ・ いいえ

アトピー 湿疹 薬疹( )

食べ物( ) その他( )

全身的な病気・障がいをお持ちですか?

はい ・ いいえ

病名( )

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?

はい ・ いいえ

歯科医院や保健所などでフッ素塗布をしたことがある

フッ素のジェルなどを使用している フッ素配合の歯磨き粉を使用している

おやつは、いつ食べますか?

ほとんど与えていない 時間を決めている 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

おせんべい おにぎり パン 果物 クッキー あめ ガム チョコレート その他( )

お茶 水 牛乳 スポーツ飲料 炭酸飲料などのジュース その他( )

歯磨きについて

a.いつ歯を磨きますか? 朝 昼 おやつ後 夕食後 就寝前

b.仕上げ磨きはしていますか? 毎日している 時々している していない

c.フロス(糸ようじ)は使っていますか? 毎日している 時々している 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?

指しゃぶり ゴム乳首の常用 唇を噛む(巻き込む) 爪を噛む 舌を噛む 布を噛む 歯ぎしり

くち呼吸 くちを開けている 頬杖 うつぶせ寝 横向き寝 その他( )

お子さんの“こんなことで困っていませんか?”

あまり噛まずに丸のみしている 指しゃぶりがやめられない 食べるときにクチャクチャ音がしている

赤ちゃん言葉が気になる いつもポカンと口が開いている 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					
いつでも	( )時以降					