

問診票 (こども)

記入日 年 月 日

個人情報保護法に基づきご記入いただいた情報は当院が責任を持って管理いたします。

ふりがな お名前：	男 女	生年月日：平・令 年 月 日 () 歳
愛称：	きょうだいの中で何番目ですか？：	
ご住所： 〒 -		
電 話：	緊急連絡先：	記入者との (関係：)
園名・学校名：	通院希望日時： <input type="checkbox"/> 平日 午前・午後 (曜日) <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> いつでも <small>※複数回答可</small>	
来院されたきっかけ：ご紹介 (紹介者名： 様)・通りがあって・家の近くだから・ホームページ・建物、看板・チラシ 前医での治療が難しかったから・小児歯科専門医がいるから・その他 ()		

1. どうされましたか？ <small>※複数回答可</small> <input type="checkbox"/> 検診を希望 <input type="checkbox"/> 予防を希望 <input type="checkbox"/> むし歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> その他 ()
2. いつから症状がありますか？ <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨夜 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () ヶ月前
3. どこに症状がありますか？ ()
4. 今までに歯科医院を受診されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (歳ごろ) どのような様子でしたか？ ()
5. 麻酔の経験はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (症状：)
6. 抜歯の経験はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (症状：)
7. お子様への治療について <input type="checkbox"/> 子どもが嫌がっても必要な治療を受けたい <input type="checkbox"/> 子どもが嫌がるならば積極的な治療は希望しない <input type="checkbox"/> 相談して決めたい
8. 今までにかかったことある病気を全てお選び下さい。 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 他 ()
9. 現在治療中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
10. 現在飲んでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬名：)
11. 薬による副作用が出たことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状：)
12. アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> お薬 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 食べ物 具体的に詳しくご記入ください。()
13. 歯並びについて <input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる (具体的に：)
14. 矯正について <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 必要なら矯正したい <input type="checkbox"/> 希望なし
15. 癖はありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> おしゃぶり <input type="checkbox"/> お口がよく開いている <input type="checkbox"/> 唇をかむ <input type="checkbox"/> 爪を噛む <input type="checkbox"/> その他 ()
16. 発達障害の診断を受けている、もしくは疑いありといわれたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (診断名)
17. 歯科の受診において、注意してほしいこと・配慮してほしいことがありましたらご記入お願いいたします。



問診票 (こども)

18. 毎日歯磨きをしていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 (回/週) <input type="checkbox"/> 全くしない
19. 歯磨きをするのはいつですか？	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後 (朝・昼・夕・おやつ) <input type="checkbox"/> 寝る前
20. 何分磨きますか？	() 分程度
21. 仕上げ磨きの頻度	<input type="checkbox"/> 毎回 <input type="checkbox"/> 時々 (回/週) <input type="checkbox"/> していない
22. 仕上げ磨きの体勢	<input type="checkbox"/> 寝かせ磨き <input type="checkbox"/> 対面で
23. デンタルフロスは使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
24. 歯磨き指導を受けられたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
25. お子様が歯磨きを嫌がる、仕上げ磨きが上手にできない等、歯磨きに関してお悩みはありませんか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 特にない お悩み：	<p style="text-align: right;">)</p>
26. 卒乳について	<input type="checkbox"/> 卒乳している (歳 か月) <input type="checkbox"/> 卒乳していない
27. よく食べるおやつ	<input type="checkbox"/> あまりたべない <input type="checkbox"/> あめ・グミ <input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> せんべい <input type="checkbox"/> スナック類 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> その他
28. よく飲む飲み物	<input type="checkbox"/> 水・お茶 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> その他
29. おやつの食べ方	一日 () 回 時間を決めていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
30. 他に何かお悩みがありましたらご記載ください。	<p style="text-align: right;">)</p> <p style="text-align: right;">ご記入ありがとうございました。</p>