

歯科診療問診票

小児用

高尾歯科医院 受付 年 月 日

フリガナ		男	大 令				
氏名			昭	年	月	日生	才
		女	平			(西暦	年)
住所	〒		連絡先				
		ケイタイ					
		TEL					
学校名		問診票記入者					

※当院をどのような方法でおしりになりましたか？

- 1、紹介（家族・友人・知人・病院・施設）⇒ _____
- 2、新聞等広告 3インターネット 4、近いから 5その他

該当するところに○印をおつけ下さい（極秘にしますので正確に記入してください）

来院の理由	・歯や歯ぐきが痛い ・虫歯を治してほしい ・口の中になにかできた ・かぶせたものがとれた ・フッ素を塗ってほしい ・検診希望 ・その他（ ）
それはお口の中のどこですか？	・奥歯 右側の（上・下） ・前歯 左側の（上・下）
いつからですか？	・今日から ・（ ）日前から ・ずっと前から ・時々 ・その他
今回の治療で	・悪い歯は全部治したい ・痛い歯だけ治したい ・先生と相談の上、治したい
今までに歯科の治療をしたことがありますか？	・いいえ ・はい（その時 / 上手にできた・嫌がった・泣いた・あばれた）
治療中お子さんが泣いて暴れたらどうしますか？	・泣いても続けてほしい ・治療を中断してほしい
麻酔（歯科）の経験はありますか	・はい ・いいえ その時気分が悪くなったことはありますか？ ・はい ・いいえ
通院中、治療中のご病気はありますか？	・なし ・喘息 ・心臓疾患 ・脳神経障害 ・腎臓病 ・甲状腺疾患 ・てんかん ・アレルギー ・その他
現在服用されている薬はありますか？	・はい ・いいえ 薬の名前（ ） 薬・内服情報をお持ちの方はコピーをさせていただきます
アレルギーはありますか？	・はい ・いいえ 「はい」のかた・・・薬・金属・食品名はなんですか？（ ）
今までにお薬（内服・注射）で異常がありましたか？	・はい ・いいえ そのお薬の名前は
裏面も記入お願いします	

普段けがをしたとき血がとまりにくいですか？	・はい	・いいえ
歯科の治療で歯を抜いたことがありますか？	・はい	・いいえ

仕上げ磨きはどの程度行っていますか？	・毎日	・たまに	・していない
フッ素を使用したことがありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・いいえ ・他の歯科医院でフッ素塗布はしたことがある。 ・フッ素配合の歯磨き粉を使用している ・フッ素洗口をしている 		
歯ぎしりをされますか？	・はい	・いいえ	・わからない
口臭が気になりますか？	・はい	・いいえ	・わからない
一日の歯磨きの回数と一回の時間	() 回	() 分	
歯磨きの時間	<input type="checkbox"/> 朝食前 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前		
習慣的飲み物	<ul style="list-style-type: none"> ・お茶 ・カルピス ヤクルトなど ・水 ・スポーツ飲料 ・牛乳 ・100%ジュース ・炭酸飲料などのジュース ・その他 () 		
間食の取り方	<input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> しない		
歯口腔清掃器具の使用	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス		
睡眠時間	<input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 十分		
歯磨き方法	<input type="checkbox"/> 習ったことがない <input type="checkbox"/> 習ったことがある		
普段家庭でどのようなおやつをあげていますか	<ul style="list-style-type: none"> ・おせんべい ・ケーキ 菓子パン クッキーなど ・果物 ・アイス・あめ・ガム・グミ・ウェハース ・チョコレート ・その他 		
指しゃぶりなどくせがありますか	・はい	・いいえ	
そのほか困っていることはありますか？			

当院はメンテナンスも行います。治療終了後のことについてお聞きします

定期健診を希望しますか？ (6か月に一度)	・はい	・いいえ
かかりつけの歯科の先生はいますか？	・はい	・いいえ
最近、歯科医院にかかったのはいつころですか？	()	

歯科治療の際に気をつけてほしいことがあれば記入してください。