



問 診 票

ふりがな お名前		愛称	
生年月日	平・令 年 月 日 () 歳	性別	男・女
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
保護者氏名		ご職業	
学校・幼稚園・保育園名	(学年:)		
家族構成 ※ () 内は年齢または学年	<input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母・ <input type="checkbox"/> 兄 ()・ <input type="checkbox"/> 姉 ()・ <input type="checkbox"/> 弟 ()・ <input type="checkbox"/> 妹 ()・ <input type="checkbox"/> 祖父・ <input type="checkbox"/> 祖母・ <input type="checkbox"/> その他：		

(1) 本日はどうされましたか？

- むし歯を治してほしい 歯が痛い (_日前から・時々・ずっと) 歯がぐらぐらする
歯、顔をぶつけた 歯が折れた・取れた クリーニングをしてほしい フッ素を塗ってほしい
歯並び・噛み合わせが気になる その他 ()

(2) 今まで歯科にかかったことはありますか。

- ない ある (いつ頃:)

(3) 「(2)」で「ある」とお答えした方に伺います。

1) 受けられた内容を教えてください。

- むし歯治療 (麻酔: した、しなかった) 抜歯 フッ素塗布 クリーニング・歯石取り
シーラント 歯の外傷の治療 歯並び・噛み合わせの治療 治療を試みたができなかった
身体を抑えられた状態で治療を受けた その他 ()

2) 治療等を受けられた際のお子さんの様子はどうでしたか。

- 上手に治療を受けられた 嫌がった 泣いた 暴れた その他 ()

(4) お子さまの健康状態について伺います。

1) これまで大きな病気をされたことはありますか。

- ない ある (病名: 、病院名: 、担当医:)

2) 現在、お薬は飲んでいますか。

- いいえ はい (薬名:)

3) 特異体質やアレルギーはありますか。

- ない ある ()

(5) 妊娠中および出生後の経過について伺います。

1) 妊娠中に病気をしたことがありましたか。

- ない ある (病名:)

2) 分娩 自然分娩 鉗子 帝王切開

3) 授乳 母乳のみ 人工乳のみ 混合乳

4) 離乳食の開始時期: 生後__か月頃

5) 卒乳時期: 生後__か月頃



(6) お子さまの性格について

- おとなしい のんびりしている 気が強い 気が弱い よく泣く 甘えん坊 神経質
怖がり わがまま 頑固 人見知り強い 人懐っこい 社交的 内向的 気が長い
気が短い 飽きっぽい おしゃべり 落ち着きがない

(7) 健診等でお子さまの発達について指摘・指導を受けられたことはありますか。

- ない ある：__歳か__月頃

(8) 「(7)」で「ある」とお答えした方に伺います。

- 1) 指摘されたことや受けられた指導内容を教えてください。

()

- 2) お子さまが苦手なことはありますか。

- 音 光 触られる 味 () 臭い () 初めての場所・環境
その他 ()

(9) お子さまの癖について

- 特にない 指しゃぶり 爪をかむ 唇をかむ タオルを噛む 歯ぎしり 呼吸
舌を出す おねしょ その他 ()

(10) 食事・間食について

- 1) 好き嫌いがありますか。

ない ある ()

- 2) お家ではどのようなおやつをよく与えていますか。

チョコ アメ グミ クッキー、ビスケット ケーキ ガム スナック類 アイス
果物() その他 ()

- 3) おやつは1日に何回与えていますか。

1日に__回 決められた時間に与えている ほとんど食べない 好きなだけ与えている

- 4) お家でどのような飲み物を飲んでいますか。 ※ () 内は商品名

水 お茶 () 牛乳 乳酸菌飲料() 100%果汁飲料 ()
清涼飲料水 () 炭酸飲料 () その他 ()

(11) 歯磨きについて

- 1) 歯磨きはいつしていますか。

起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

- 2) 仕上げ磨きはしていますか。

していない している (朝、 夜)

- 3) 歯磨き時に歯ブラシ以外で使用している清掃用具はありますか。

ない ある (フロス タフトブラシ その他： ())

- 4) 歯磨剤 (歯磨き粉) は使用していますか。

使用していない 使用している

(12) ご要望やご質問、その他お伝えしたいことがございましたら、ご記入ください。

()