

問診票(小児)

お口の中の健康状態を診断するにあたり、以下の質問は重要な資料となりますので、正確にお答え下さいますよう宜しくお願い申し上げます。 記入日 平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	H 年 月 日 (歳)
住所	(〒 -)		
電話	通常連絡先	緊急連絡先	(携帯の場合どなたのですか?)
お子様の愛称があれば教えてください。()、お子様は何人きょうだいの何番目ですか?(人 番目)			
記入者	本人・その他(氏名 関係)		

1. どうなさいましたか? 簡単にご記入下さい。

いつから?

お困りの場所は?

どのようなときに一番お困りですか?

お痛みはありますか? 大変痛い・痛い・少し痛い・痛みはない

2. 現在 何かの病気で医師の治療を受けていますか?または持病がありますか? はい・いいえ

はいの方→ 病名
病院名

3. お薬は飲まれていますか?(漢方薬・サプリメント類も含めてお答え下さい。) はい・いいえ

はいの方→ 理由 (お薬手帳をご提示の方は
薬品名 ご記入の必要はありません。)

4. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか? はい・いいえ

はいの方は当てはまる番号に○をして下さい。

- 1.心臓疾患 2.B型肝炎・C型肝炎 3.腎臓疾患 4.胃腸疾患 5.糖尿病 6.血液疾患
7.貧血 8.リウマチ 9.結核 10.内分泌疾患 11.アトピー 12.ぜんそく
13.肝臓疾患 14.HIV 15.ベーチェット病 16.その他()

5. 歯科医院は初めてですか? はい・いいえ

6. 過去に歯科治療(歯科麻酔を使用した後など)で体の具合が悪くなったことがありますか? はい・いいえ

7. 過去に歯を抜いたりケガをしたあと、血が止まりにくかったことはありますか? はい・いいえ

8. 薬や食べ物、ヨードやゴムでジンマシン、その他の異常な反応が起こったことはありますか? はい・いいえ

はいの方→ なにで起きたかご記入下さい()

9. 来院希望の曜日があれば、印を付けて下さい。

☐月 ☐火 ☐水 ☐木 ☐金 ☐土

10. 来院希望の時間帯に、線を入れて下さい。 例) 

午前9:30	10:30	11:30	午後2:30	3:30	4:30	5:30

受付時間

AM9:30 ~ 12:00
PM2:30 ~ 6:00
* 水曜日の午後は
PM2:30 ~ 4:00
土曜日は
AM9:00 ~ 12:00
PM2:30 ~ 5:30

*2ページもご記入下さい。

11. 歯並びや噛み合わせで気になる所はありますか？ はい ・ いいえ
12. なにか癖はありますか？（当てはまる番号に○をして下さい）
1.特になし 2.指しゃぶり 3.爪かみ 4.タオル等物をかむ 5.唇をかむ 6.唇を吸う
7.口で息をする 8.おしゃぶりを使う 9.うつぶせ寝 10.頬杖をつく 11.はぎしり、くいしばり
12.その他()
13. 普段から祖父母様と一緒に過ごす時間は長いですか？ はい ・ いいえ
14. ご家族に下記の病気を持っている、あるいは持っていた方がいますか？ はい ・ いいえ
はいの方は当てはまる番号に○をして下さい。（家族とは両親、祖父母、叔父、叔母についてです。）
1.糖尿病 2.心臓疾患 3.高血圧 4.血液の病気 5.がん 6.アトピー 7.ぜんそく
15. 最近2週間の体調についてお伺いします。（当てはまる番号に○をして下さい）
1.良好 2.普通 3.不良
不良の方は具体的にご記入下さい。 例）微熱が続いている。下痢が続いている。よく眠れない。
()
16. 当医院をお選びいただいたのはなぜですか？（当てはまる番号に全て○をして下さい。）
1.近から 2.健康についての知識が得られると聞いたから 3.丁寧に説明してくれると聞いたから
4.知人の勧め（氏名 ） 5.家（親）族の勧め（氏名 ）
6.ホームページを見て 7.ネット検索 8.その他()
17. 当医院では予防に力を入れています。お口のお手入れに関して教えて下さい。
（□にチェック、またカッコ内にご記入をお願いします。）
・歯磨きをするのは □起床後 食後(□朝 □昼 □夕) □就寝前
・1回の時間は ()分くらい
・歯ブラシ以外にお使いの物がある方はご記入下さい。
- | | 使用頻度 | 使用するタイミング |
|---------|-------------------|---------------|
| デンタルフロス | □毎日 □週に何度か □月に何度か | □朝 □昼 □夜 □その他 |
| 糸状ようじ | □毎日 □週に何度か □月に何度か | □朝 □昼 □夜 □その他 |
| ワンタフト | □毎日 □週に何度か □月に何度か | □朝 □昼 □夜 □その他 |
- ・フッ素は使いますか？ □使わない 使う(□ジェル □うがい用 □歯磨剤(すすぎは1回))
どのくらいの頻度でお使いですか？ □毎日 □週に何度か □月に何度か
いつ使いますか？ □朝 □昼 □夜 □就寝前 □その他()
- ・仕上げ磨きはしていますか？ □しない □する
いつしますか？ □朝 □昼 □夜 □就寝前 □その他()
どのくらいの頻度ですか？ □毎日 □週に何度か □月に何度か
18. 睡眠時間は一日どのくらいですか？ 約()時間 (就寝 時 ～ 起床 時)
19. 食生活習慣に関してご記入下さい。
・食事は一日()回
・食事以外の時によく飲む物がありますか？（コーヒー、紅茶等は砂糖、牛乳などの有無も教えて下さい）
□なし □あり (一日 回 / 何が多いですか？)
コーヒー・紅茶(砂糖有・無、牛乳有・無)
・間食はとりますか？
□ほとんどとらない □規則的にとる □不規則にとる
(一日 回 / 何が多いですか？)
20. その他、治療に関しての希望や、注意してほしいこと、疑問な点があればご記入下さい。