

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お願い申し上げます。

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	H・R 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 ()
家族構成 (同居→○ 同居ではない→△) 祖父・祖母・父・母・兄弟 (人)			

1. どうなさいましたか? 簡単にご記入下さい。

 お困りの場所は?

 どのような時にお困りですか?

 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.パーチェット病 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、時間帯があれば、印を付けて下さい。

例:

月 火 水 木 金 土

9:30 10:30 11:30 12:30 13:30 16:00 17:00 18:00

*2枚目もご記入下さい。

受付時間
 AM 9:30 ~ 13:30
 PM16:00 ~ 18:00
 水曜日は
 AM 9:30 ~ 14:00
 (水曜日午後休診)
 土曜日は
 AM 9:00 ~ 13:30
 PM16:00 ~ 17:30

10. 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

11. 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()

12. 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

13. 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

14. 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。

()

15. 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. 近いから 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()

16. 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	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に何度か	<input type="checkbox"/> 月に何度か	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> その他
糸式ようじ	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に何度か	<input type="checkbox"/> 月に何度か	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> その他
歯間ブラシ	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に何度か	<input type="checkbox"/> 月に何度か	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> その他
ワンタフト	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に何度か	<input type="checkbox"/> 月に何度か	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> 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

17. 睡眠時間は一日どのくらいですか? 約()時間 (就寝 時 ~ 起床 時)

18. 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?)

19. 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。

問診票チェック日

(赤でご記入下さい) 年 月 日

(青) 年 月 日

(緑) 年 月 日