

No. _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

小児問診票

お名前 <small>ふりがな</small>		性別 男・女	生年月日 西暦 年 月 日 (歳 カ月)	
お子様の愛称		ご住所 〒		
保護者氏名	続柄			
紹介者氏名	電話番号(ご自宅)	電話番号(携帯)		

該当する項目に○印、またはご記入下さい。

- 今日はどうなさいましたか？
検診希望・フッ素塗布希望・歯並び相談
むし歯・怪我・舌や歯肉の異常・その他
- 痛みはありますか？
いいえ・はい(いつから)
- 歯科治療の経験はありますか？
いいえ・はい
- 歯科治療で麻酔の経験はありますか？
いいえ・はい(いつ:)
- 今までに抜歯や怪我などで血が止まりにくかったことはありますか？
いいえ・はい
- 食べ物のアレルギーはありますか？
いいえ・はい()
- 薬のアレルギーはありますか？
いいえ・はい()
- アレルギー性の病気はありますか？
いいえ・はい(喘息・鼻炎・アトピー性皮膚炎)
(その他)
- 妊娠中、出産時に異常はありましたか？
いいえ・はい()
- 今までに大きな病気にかかったことはありますか？
いいえ・はい()
- 入院の経験はありますか？
いいえ・はい(いつ: 理由:)
- 現在、服用中の薬はありますか？
いいえ・はい()
- 癖はありますか？
いいえ・はい(指しゃぶり・爪噛み)
(その他)
- お子様の性格で伝えておきたいことはありますか？
普通・積極的・慎重・人見知りをする
恐怖心が強い・その他()
- 次のうち該当するものがあれば○を付けて下さい。
自閉症・多動症(ADHD)・アスペルガー
その他()
- 日中、お子様の面倒を見ている方はどなたですか？
父・母・祖父・祖母・その他
- 予防、診察、治療についてのご要望または現在お困りのことなど、ご自由にお書き下さい。

治療に関するアンケート(0～3歳)

- 夜間、母乳やミルクを与えることはありますか？ はい いいえ
- 間食の回数(1日) 1回 2回 3回以上(____回) 数えられない だらだら食べてしまう
- ストローを使用して飲み物を飲みますか？
 使用する ときどき使用する(1日に____回程度) 使用しない
- よく食べる食べ物・飲み物 (複数回答可)
 あめ チョコ グミ ソフトキャンディ クッキー おせんべい スナック菓子 果物
 牛乳 清涼飲料水 スポーツドリンク 野菜ジュース ジュース(果汁) その他(____)
- 離乳食 あり → 1日の回数 → 1回 2回 3回 ____回
 なし

- 歯磨きの習慣についてお伺いします。
 - どのくらいの頻度で行っていますか？ (1日 ____回 ・ 行わない)
 - 1回の歯磨き時間はどのくらいですか？ (1回あたり ____分)
 - ご使用の清掃道具にチェックしてください(複数回答可)
 歯ブラシ 電動歯ブラシ デンタルフロス(糸ようじ) 歯磨剤(フッ素入り ・ フッ素なし)
 ガーゼ ストッパー付き歯ブラシ(乳児用) その他(____)

- 同居家族の構成についてお聞かせください。
 祖父 祖母 父 母 兄弟(年齢)____歳 ()

- 当医院をお選びいただいた理由は何でしょうか？(複数回答可)
 家族が通院中(父、母、祖父、祖母、兄弟) 知人の紹介 ホームページ、ブログ
 子預かりがあるから 新聞、チラシ 家または職場から近い 看板をみて その他(____)

- 当医院への来院手段をお聞かせください。
(車 電車 徒歩 自転車 バス その他 _____)

- どちらかに通園されていますか。
 幼稚園(園名: _____) 保育園(園名: _____) その他

- 今、お子様の歯並び、噛み合わせについて気になることはありますか。
(_____)

- 予約のお知らせをメールで送信します。ご希望の方は、アドレスの記入をお願いします。

携帯メールアドレス _____

ご協力ありがとうございました。受付にお持ちください。この後カウンセリングがございますので、よろしくお願ひします。