

## 小児問診票

お名前 _____ ふりがな _____		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 \_\_\_\_\_ )
- ★舌下免疫療法を行っていますか？  
いいえ ・ はい(開始 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
(終了予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
- ★舌下免疫療法を行う予定はありますか？  
いいえ ・ はい
- 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。

18. 下記の項目にチェックをお願いします。

- 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関)であること。
- マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

## 治療に関するアンケート（4歳～12歳）

- 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     ガム     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(    )
  
- 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     HP、ブログ     託児があるから  
 口コミ(    )     チラシなどの広告     家または職場から近い     看板をみて     その他(    )
  
- 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 )     歯間ブラシ    )
  - 仕上げ磨き(あり ・ なし )
  
- 同居家族の構成についてお聞かせください。  
 父     母     祖父     祖母     兄弟(年齢)    歳
  
- 過去に歯科医院で生じた不満などはありますか？

- 
- 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:    )  
 小学校(学校名:    )     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。

(    )

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。