

## 問診票（小児用）- 1

記入日 . . .

|                                      |     |               |           |                             |
|--------------------------------------|-----|---------------|-----------|-----------------------------|
| フリガナ<br>氏名                           | 男・女 | 生年月日<br>. . . | 歳<br>(ヶ月) | TEL<br>自宅 ( ) -<br>携帯 ( ) - |
| 住所 〒                                 |     |               |           | ご紹介者                        |
| 兄弟構成 第 子 兄 ( 人)・弟 ( 人)・姉 ( 人)・妹 ( 人) |     |               |           |                             |
| 主な養育者 父・母・祖父・祖母・保育所・その他 ( )          |     |               |           |                             |

★ご予約日を前日にメール（SMS）でお届けします（上記以外の携帯 ( ) - ( )）

☐  
受付記入欄

当院は子どもにむし歯を作らせないための歯医者です。  
その実現のためには、ご家族皆さまのご協力が必要です。  
当院を受診される場合は、右記の項目に同意していただく必要があります。

- ①子どものむし歯“ゼロ”を目指すためにできる範囲で協力します。  
（お子さまに合わせた定期的なメンテナンスもおすすめしております。）
- ②当院に通う全ての方のために、予約時間を守ります。

☐同意します ☐同意しません

お子様の体質と状態を知り、最も適した治療を進める上で大切な資料となります。  
お手数ですが、次の事項の該当するところに、✓又は( )内へご記入願います。

## 1. 来院の目的

- |                                   |                                  |                                   |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い     | <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい | <input type="checkbox"/> 歯並びが悪い   |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきの異常   | <input type="checkbox"/> 検診希望    | <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする |
| <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                   |

## 2. 治療について

・お子様が治療中、泣いて暴れたらどうしますか

- ☐
- 泣いても治療を続けてほしい
- ☐
- 治療をやめてほしい

・親御さんへの指導を望みますか ☐はい ☐いいえ

・お子様の治療についてのご希望は

- ☐
- 悪いところは全部治したい
- 
- ☐
- 虫歯の治療だけでなく歯の健康管理もやってほしい
- 
- ☐
- 転勤や引越しなどで ( ) までに治療を終わらせたい
- 
- ☐
- その他 ( )

・衛生士からの指導の際、できない時の対応の仕方等ご要望があればご記入ください

( )

・薬や注射等で異常があったことはありますか

- ☐
- ある
- ☐
- ない

・少しの傷でも出血が止まりにくかったことはありますか

- ☐
- ある
- ☐
- ない

・歯科治療をしたことがありますか

- ☐
- ある（その時は
- ☐
- 大人しかった
- ☐
- 嫌がった
- ☐
- 泣いた
- ☐
- 暴れた）
- 
- ☐
- ない・はじめて

### 3. 体質について

・アレルギー体質ですか

☐はい ( ) ☐いいえ

・現在通院中ですか

☐はい (病名: ) ☐いいえ  
(服用中の薬: )

・今までに大きな病気にかかったことは

☐ある (病名: ) ☐ない

### 4. お口のお手入れについて

・歯みがきする時は ☐朝起きた後 ☐食後 (朝・昼・夕) ☐眠る前

・1回の時間は 約 ( ) 分

・仕上げ磨きは ☐する ( 毎日 ・ とくとき ) ☐しない

・歯磨きを嫌がりますか ☐はい ☐いいえ ☐その他 ( )

・歯みがき粉は使用しますか ☐する ( ) ☐しない

・歯ブラシ以外の清掃用品使用しますか

☐する ( フロス ・ タフトブラシ ・ その他 ( ) ) ☐しない

### 5. 生活習慣について

・睡眠時間 約 ( ) 時間

・間食の取り方 ☐規則的 ☐不規則 ☐あまりしない

・よく飲む飲み物 ☐あり ( ) ☐なし

・乳児期の栄養方法 ☐母乳 ☐人工乳 ☐混合

・哺乳瓶の使用は ☐あり ☐ ( ) まで使用していた ☐なし

・おしゃぶりの使用は ☐あり ☐ ( ) まで使用していた ☐なし

・ライフサイクル (起床・就寝時間や食事、おやつなどの時間をご記入ください)



### 6. 性格や癖について

・性格は ☐神経質 ☐のんびりしている ☐人見知りする ☐恐怖心が強い

☐泣き虫 ☐落ち着きがない ☐内弁慶 ☐甘えん坊

☐その他 ( )

・癖 ☐爪を噛む ☐指しゃぶり ☐唇を吸う ☐唇を噛む ☐歯ぎしり

☐口呼吸 ☐いびきをかく ☐口をぽかんと開けている ☐食べこぼしが多い

☐その他 ( )

・言葉や発達の指導を受けたことが ☐ある ( )

☐ない

### 7. その他、治療等でご希望や気になることがありましたらお書き下さい

( )

大切な  
ご案内

治療が必要な時は、お子さまが自ら進んで治療を受けられるようにするため、治療までに回数が必要になる場合があります。

まずは、お口の中を精査して、治療計画を立ててから治療をしていきます。

そのため、本日は治療をいたしません。必要な応急処置はいたしますので、ご安心ください。