

フリガナ

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 平成 年 月 日 ( ) 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

在学学校名 \_\_\_\_\_ 保育園・幼稚園・小学校・中学校 ( ) 年

兄弟・姉妹はいますか？  はい  いいえ ( ) 歳 ( ) 歳

1 当医院をどのようにお知りになりましたか？ (複数可)

- 近所  看板・広告を見て  ホームページ  
 家族・知人の紹介 (紹介者名 \_\_\_\_\_ )  
 他院の紹介 (紹介者名 \_\_\_\_\_ )

2 本日はいかがなさいましたか？ (気になること全て)

- 歯並びが気になる  歯が痛い  歯茎が痛い・腫れた  
 検診  むし歯がある  その他 ( \_\_\_\_\_ )

3 お子様の性格について教えてください (当てはまるもの全て)

- 神経質  おおらか  人見知り  活発  おとなしい  
 怖がり  痛がり  のんびりや  我が強い  甘えん坊  
 落ち着きがない  乱暴  その他 ( \_\_\_\_\_ )

4 母乳保育でしたか？  はい ( ) 歳まで  いいえ

5 何か癖がありますか？

- 指を吸う  おしゃぶりを吸う  爪を噛む  唇を噛む・吸う  
 舌を噛む・舌を上下の歯の間によく出している  舌足らずな話し方  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

6 睡眠について教えてください

- 歯ぎしりをする  はい (毎晩・時々)  いいえ  
いびきをかく  はい (毎晩・時々)  いいえ  
特定の姿勢で寝る  はい (毎晩・時々)  いいえ  
 仰向け  横向き  うつ伏せ  その他 ( \_\_\_\_\_ )

# 小児用問診票

## 【医科的既往歴】

- 1 現在、病気で通院していますか？ はい いいえ  
 病名\_\_\_\_\_ 病院名\_\_\_\_\_  
 常用している薬
- 2 鼻はよく詰まりますか？ はい いいえ
- 3 のどはよく腫れますか？ はい いいえ
- 4 薬品や食品に対するアレルギーはありますか？ はい いいえ  
 薬品名\_\_\_\_\_ 食品名\_\_\_\_\_
- 5 今まで下記の病気にかかったことがあれば教えてください
- |       |      |         |          |         |
|-------|------|---------|----------|---------|
| 肝臓疾患（ | 型肝炎） | _____歳頃 | 腎臓疾患     | _____歳頃 |
| 心臓疾患  |      | _____歳頃 | アトピー性皮膚炎 | _____歳頃 |
| 喘息    |      | _____歳頃 | 消化器疾患    | _____歳頃 |
| その他   |      | _____歳頃 |          |         |

## 【歯科的既往歴】

- 1 歯科受診をしたことがありますか？ はい いいえ
- 2 歯科でどのような処置を受けたことがありますか？  
虫歯の治療 歯茎の治療 抜歯 フッ素塗布 その他\_\_\_\_\_
- 3 麻酔をしたことはありますか？ はい いいえ
- 4 仕上げ磨きはしていますか？ はい いいえ
- 5 歯磨き後、就寝前に飲食はしますか？ はい いいえ
- 6 嗜好品について教えてください（当てはまるもの全て）  
 おやつ：アメ チョコレート ハイチュー スナック菓子  
グミ クッキー アイスクリーム その他\_\_\_\_\_
- 飲み物：炭酸飲料 果汁・野菜ジュース スポーツドリンク  
乳酸菌飲料 その他\_\_\_\_\_
- 7 間食の時間は決まっていますか はい いいえ
- 8 ご家族で歯並びの悪い方はいらっしゃいますか？ はい いいえ  
父 母 兄弟・姉妹 その他\_\_\_\_\_
- 9 むし歯予防のためのフッ素は希望されますか？ はい いいえ

その他、治療に当たって伝えておきたいことや、この機会に聞きたいことがあればご記入ください