

問診票（小児用）

患者様お一人毎に、最適な治療を提供するために、以下の問診票の記入をお願い致します。
記入に際し、お手伝いが必要でしたら遠慮なくお申しつけください

※問診票は2枚あります。

フリガナ		性別	生年月日
氏名			平成・令和 年 月 日生（ 歳）
ご住所	〒		学校名
TEL（ ご自宅・保護者様携帯・本人携帯 携帯TEL（	通院しやすい曜日	月・火・水・木・金・土	
	通院しやすい時間帯	午前・午後 時頃	

① 本日は、どうなさいましたか？

★以下の該当するもの すべてにチェックをお願い致します

症状等について具体的にお書きください

- 虫歯がある 歯が痛い・しみる 歯が欠けた
- 歯がグラグラする 歯肉が痛い・腫れた
- 歯肉から出血する 口臭が気になる 歯石をとりたい
- 詰め物・かぶせものがとれた
- 顎が痛い・口が開きづらい 虫歯・歯肉炎の検査希望
- 歯並びが気になる、小児矯正について相談・検討したい
- 口呼吸・舌突出癖・指しゃぶり・頬杖など、気になる習癖がある
- フッ素塗布希望
- 学校から歯科検診の紙をもらった

② 初診時の検査について、ご希望の方針を 1つ〇でお選びください

- A. 一般的な検査は一通り行う→お悩みの箇所以外の問題点やお口の中全体のこともわかります
- B. 最低限の検査のみ行う→お口の中全体のことはわからず、診断の精度も やや劣ります
- C. わからないので、おまかせしたい

引き続き、2枚目の記入をお願い致します。



③ 現在のお身体の状態についてお聞かせください

★現在または過去にかかったことのある疾患、アレルギー等あればお聞かせください

- あり アレルギー 有・無
病名（ ） ↳具体的に（ ）
- なし ※特に ぜんそくの有無や、過去に大きな手術をしたことがある場合、記入をお願い致します。

④ これまでの歯科治療において、お身体に問題が起きたことはありますか？

- ない
- ある（気分が悪くなった・血が止まらなかった・気を失った・麻酔が効かなかった）
その他（ ）

⑤ 生活習慣等についてお聞かせください

- ★食事は、間食などを含め 1日何回摂りますか？ 平均（ ）回
- ★歯磨きは1日何回行っていますか？ 平均（ ）回
- ★清涼飲料水など、水やお茶以外に習慣的に飲む物がありますか？ はい ・ いいえ
- ★仕上げ磨きは行っていますか？ はい ・ いいえ
- ★指しゃぶり、口呼吸など、気になる癖はありますか？ はい ・ いいえ

⑥ 当院をお選びになった理由を教えてください ※該当するもの全てに○

- A. 自宅・職場が近くて便利だから B. 通りがかって C. ネットで検索して
- D. 家族・知人の紹介 E. 良いという評判を聞いて F.その他（ ）

⑦ 下記の中で、気になるもの 興味のあるものはありますか？

- 定期的なフッ素塗布
- シーラント充填（虫歯になりやすい奥歯の溝を特殊な樹脂で埋める予防処置）
- 取り外し式の床矯正（寝ている時のみ使用する、歯並び改善のための 子供の矯正治療）
- マウスピース型矯正装置による口呼吸や舌癖などの悪習癖の改善、口腔筋機能療法

当院では、LINEによる『**次回予約日時のお知らせサービス**』を無料で行っています。

「うっかり予約日時を忘れてしまった」というようなことが極力無いように



是非、LINEのご登録をお願い致します。登録は極めて簡単です！！

なお、予約日時のお知らせ以外の情報配信等はございませんので、ご安心ください。

- LINEでのお知らせを希望する 予約日時お知らせサービスを希望しない

問診票の記入、ありがとうございました。

いただいた情報は、個人情報保護法に基づき 遵守致します。

