

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

- 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
- 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 初診時の検査に関する以下の注意事項をご確認ください

当院では【**一口腔一単位**】の考えに基づき、局所に症状が限局しているような場合でも、

口腔内全体の検査を実施しています。これはひとえに**疾患や重要な所見の見落とし、**

「木を見て森を見ず」による誤った診断からの治療というのを防ぐためです。

不必要な検査は致しませんが、口腔内全体の検査を行うことにご同意いただける場合は
チェックをお願い致します。 **同意します**

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等あればお聞かせください

あり アレルギー 有・無（有の場合→
病名（ ）

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）

小児矯正治療（噛み合わせや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。

