

問診票（小児用）

以下、ご確認・ご同意いただけましたらチェックをお願いします。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

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 他院からの紹介状を持参している

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 (病名:) なし 処方薬 ()

★食品、薬などに対してアレルギーはありますか？

あり (具体名:) なし

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？

なし

あり (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)

⑤ 当てはまる項目全てにチェックを入れてください (口腔機能発達に関して)

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> 生えてくるのが遅い歯がある (乳歯・永久歯問わず) | 食べる機能 |
| <input type="checkbox"/> 出っ歯、受け口、歯並びの凸凹などがある | |
| <input type="checkbox"/> 食事をよく食べこぼすことがある | |
| <input type="checkbox"/> クチャクチャ音を立てて食べる | |
| <input type="checkbox"/> あまり噛まずに飲み込んでしまう、食事時間が極端に長いor短い | 話す機能 |
| <input type="checkbox"/> 片側の歯ばかりを使って噛んでしまう | |
| <input type="checkbox"/> 口をポカンと開けていることがある | |
| <input type="checkbox"/> 普段から前歯が見えている | |
| <input type="checkbox"/> 口を閉じると顎先にシワが寄る | 呼吸機能 |
| <input type="checkbox"/> 舌を前に出すと、先端がハート型になる or 舌を前に出しづらい | |
| <input type="checkbox"/> 滑舌が悪いと感じることがある | |
| <input type="checkbox"/> 口が乾燥している | |
| <input type="checkbox"/> 鼻呼吸ではなく、口呼吸をしている | |
| <input type="checkbox"/> いびきをかいていることがよくある | |
| <input type="checkbox"/> 横向きやうつ伏せで寝ていることが多い | |
| <input type="checkbox"/> 極端な やせ または肥満である | |

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 ()

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。

