

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 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等あればお聞かせください

あり

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、口をぽかんと開けている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. 駅の看板を見て

D. 家族・知人の紹介 E. ホームページを見て F. 良いという評判を聞いて

G. 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（学校に着けていかない 寝ている時に治療する子供の矯正治療）

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。

