



問診票（お子さま用 / 小学生まで）

本日は松永クリニック歯科にご来院いただき誠にありがとうございます。

より正確な診断のもとに、安心安全な治療を提供させていただくため、お手数ですが以下の質問にお答えください。

なお、この問診票も当院のプライバシーポリシーに基づく個人情報保護の対象であり、情報が外部に公開されることはありません。

ふりがな						[記入日]	年	月	日
氏名	様			お子さまのご家庭での呼び名・愛称					
性別	男・女	生年月日	年	月	日	年齢	歳	ヶ月	ごきょうだい()人 きょうだい()番目・一人っ子
住所						自宅電話 (携帯電話)	()		
メールアドレス						学校			
当院からの連絡先	自宅・携帯・メール					予約確認メール	可・不可		

該当する項目に をつけてご回答ください。

1 どうなさいましたか？(複数回答可)

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い 歯がグラグラする 歯がしみる(温・冷) 歯に穴があいた 歯が折れた
- 歯が抜けた 歯が生え替わらない 口の中をケガした 歯をぶつけた 歯ぐきから血が出る
- 被せ物や詰め物が取れた 治療が必要な歯があると思う 歯の色や汚れが気になる 歯石を取りたい 検診をしたい
- 予防歯科の説明希望 フッ素を塗ってほしい 噛み合わせが気になる 歯並びが気になる 学校検診の結果
- その他()

2 気になる場所はどの辺りですか？(複数回答可)

- 上の前歯 下の前歯 右上奥歯 右下奥歯 左上奥歯 左下奥歯

3 いつから症状がありますか？

- 今日 前から()日・週・月・年
- その他()例:転んでぶつけてから

4 今の健康状態はいかがですか？

- 普通 良好 不良

5 以前に歯科治療を受けたことがありますか？ なし(初めて)

- ある()才頃 ※その時の治療の様子はいかがでしたか？
- よくできた 嫌がった 泣いた 号泣した 暴れた その他()

6 歯を抜いたことはありますか？ ある()才頃 なし7 お子さまに以下のクセはありますか？ なし

- 指しゃぶり 爪をかむ 舌を出す 唇をかむ 口で呼吸する はぎしり

8 お子さまの性格

- のんびりしている 神経質 おとなしい 恥ずかしがり屋 泣き虫 甘えっ子

- 9 過去に歯の治療で何か異常はありましたか？** なし
 血が止まらなかった 気分が悪くなった とても怖かった 麻酔が効きにくかった
 腫れた 熱が出た アレルギー() 湿疹が出た 呼吸困難になった
 その他(具体的に:)
- 10 過去にお薬で異常が出たことはありますか？** なし
 ある(薬の名前: 症状:)
- 11 現在飲まれているお薬はありますか？** なし
 ある() ※お薬手帳があればご提示ください。
 他の薬と併用は注意が必要と医師から指導されている薬がある(お薬の名前:)
- 12 以下の病気にかかれたことはありますか？(現在、治療中も含む)** なし
 前回受診時()月から変更なし 心臓病 肝臓病 腎臓病 肺炎
 結核 インフルエンザ はしか ぜんそく 糖尿病 黄疸 アトピー性皮膚炎
 蓄膿症・副鼻腔炎 耳炎 扁桃腺 その他(病名:)
- 13 ケガをした時に血が止まりにくかったことはありますか？** ある なし
- 14 アレルギーはありますか？** なし
 ある(食べ物: お薬: 金属: その他:)

15 おやつについて

- ① 家庭でどのようなおやつが多いですか？ ()
- ② 家庭でどのような飲み物を与えていますか？ ()
- ③ 甘いおやつや飲みものはいつ与えていますか？ 与えない 食後・おやつの時間 自由
- ④ どなたがおやつを与えていますか？ 親 兄弟 祖父母 その他

16 歯磨きについて

- ① いつ磨きますか？ 回数？
 朝 昼 夜 時々磨かない 磨かない 回数()回
- ② 1回の歯磨き時間はどれぐらいですか？ (約 分)
- ③ 保護者が仕上げ磨きをしますか？ はい(約 分) いいえ
- ④ 歯磨きの方法を教わったことはありますか？
 歯科医院で 保育園・幼稚園や学校で なし
- ⑤ 歯ブラシや歯磨き粉、デンタルフロス、フッ素などの選び方のアドバイスがほしい
 はい いいえ

17 その他、治療にあたり注意してほしいこと、伝えておきたいことありましたらご記入ください

()

18 当院を何でお知りになりましたか？(任意)

- 紹介(ご紹介者さまのお名前:) インターネット 看板 タウン誌
 松永クリニック耳鼻科・皮膚科から