

問 診 表 (小児)

ふりがな

平成 年 月 日

お名前

男・女

歳

平成

年

月

日生まれ

保護者のお名前

ご住所

電話

1. 今日はどうなさいましたか？

a. むし歯の予防

b. むし歯がある

⇒ (痛い・痛みはない)

c. 歯肉がおかしい

⇒ (痛い・腫れている・血がでる)

d. つめ物・かぶせ物がとれた

e. 舌小帯、上唇小帯が気になる

f. 歯並び・かみ合わせが気になる

g. 口の癖や機能が気になる

⇒ ()

h. あごの関節がおかしい

⇒ (痛い・口があかない・音がする)

i. その他 ()

2. 現在ほかに治療中の病気や、服用している薬がありますか？

ない ある 病名：

病院名：

薬品名：

3. 今まで入院・手術したことがありますか？また、全身疾患の経験がありますか？

ない ある 病名：

病院名：

4. 今まで異常もしくは、医師に使用を注意された薬はありますか？

ない ある 薬の種類：

症状：

5. 赤ちゃんの時の栄養は？

母乳・人工乳・混合乳

6. 歯科治療の経験はありますか？

ない ある 歯を削った・歯を抜いた・薬をつけた・注射をした

7. お子様に次の癖がありますか？

指をしゃぶる・唇や舌をかむ・口が開いている・口で呼吸する・いびきをかく

8. お子様の体重は何 Kg ですか？

() Kg

9. 希望する治療範囲は？

悪いところは全部治したい・今気になるところだけ治したい・予防処置を受けたい

生活習慣のアンケート（小児）

1. おやつは一日何回与えていますか？
1回以下 ・ 2回 ・ 3回以上
2. おやつの時甘い物（砂糖を含むもの）をあたえますか？
いいえ ・ はい
甘い物をほぼ毎日与えるようになったのは何歳頃からですか？
4歳以降 ・ 2～3歳 ・ 0～1歳
3. おやつはどのようなものを与えていますか？
()
4. おやつ時間はきめていますか？
きめている ・ きめていない
5. スポーツ飲料や乳酸飲料（カルピス・ヤクルトなど）を毎日とっていますか？
とっていない ・ 最近とっている ・ 離乳期からとっている
6. 主食は、ご飯よりパン類や麺類が多いですか
いいえ ・ はい
7. 歯科医院で定期的なクリーニングやフッ素塗布を受けていますか？
定期的に ・ 不定期に時々 ・ 受けていない
8. ご家庭でフッ素またはフッ素入り歯みがきをお使いですか？
毎日 ・ 時々 ・ 使用していない
9. 一日何回歯を磨きますか？
3回以上 ・ 2回 ・ 1回
保護者が手伝う・保護者が磨く・一人で磨く
10. フロス（糸ようじ）をお使いですか？
使用している ・ 使用していない
11. キシリトールを摂っていますか？
毎日 ・ 時々 ・ 摂っていない
12. むし歯の治療を受けたのはいつごろですか？
治療の経験がない ・ 1年以上前 ・ 4か月以上前 ・ 3か月以内
13. むし歯の唾液検査・細菌検査で病気の罹りやすさ調べることが出来ます。
検査の説明を受けたいと思いますか？ はい ・ いいえ
14. 当医院を受診されたきっかけは ⇨ 通いやすい・ホームページ・雑誌（出版物）
知人や家族からのご紹介・他の医療機関からのご紹介・その他（ ）
ご紹介者・当院受診されたご家族のお名前 _____ 様

ご記入ありがとうございました。

医療法人健成会 堀元歯科医院