

# ◆◆◆ 歯科問診表(小学生まで) ◆◆◆

初診日 令和 年 月 日

フリガナ ..... 生年月日 平・令 年 月 日 (男・女)

お子様の氏名 ..... 愛称 ..... 年齢 才 ヶ月

保護者の氏名 ..... 携帯 ..... キャンセルご案内TEL  
□希望する □希望しない

住所 〒 .....

## 🦷 当院を何でお知りになりましたか？ (複数回答可)

- 医院HP       EPARK       Google□コミ       その他Web  
 職場が近く       買い物に来て       看板  
 ご紹介 (お名前: ..... )       その他 ( ..... )

## 🦷 ご兄弟・姉妹の方が当院に通われている方は教えてください

- ( お名前 ..... 続柄 ..... 年齢 ..... 才 ..... )
- ( お名前 ..... 続柄 ..... 年齢 ..... 才 ..... )

## 🦷 本日来院された主な理由は何ですか？ 当てはまる所にすべて○をして下さい

<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた	<input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る	<input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物がとれた
<input type="checkbox"/> 虫歯の治療	<input type="checkbox"/> 虫歯がないか見てほしい	<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする	<input type="checkbox"/> 生え変わりが気になる
<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> フッ素塗布	<input type="checkbox"/> その他 ( ..... )

## 🦷 お痛みはありますか？

- はい       いいえ  
 〈 ..... はい ..... と答えられた方 ..... 〉

1. どこが痛みますか？

- 歯       歯ぐき       あごの関節

右上	前上	左上
右下	前下	左下

2. いつから痛みますか？

.....

3. どのような痛みですか？

.....

## 🦷 歯の治療経験はありますか？

1. 今までに治療を受けたことは？       ない       ある ( ..... 才頃)
2. そのとき治療は？       できた       泣いた       いやがった       あばれた       断られた
3. 口の中に麻酔注射をした事がありますか？  
 ない       ある      → 気分が悪くなったことはありますか？  ない       ある
4. 歯科治療で異常はありましたか？  
 ない       ある      →  気分が悪くなった       気を失った       熱が出た  
 血が止まりにくい       その他

～2枚目がございます～

◆ ◇ ◆ お子様の健康状態についてお聞かせください ◆ ◇ ◆

1. 現在, 他のお医者さまにかかっていますか?

いない  いる (病名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_)

2. 現在お薬をのんでいますか?

いない  いる (薬名: \_\_\_\_\_)

3. 今までに大きな病気になられたことはありますか?

ない  ある (病名: \_\_\_\_\_ 才の時 \_\_\_\_\_)

4. 特異体質やアレルギーはありますか?

ない  ある →  かぶれやすい  喘息  鼻炎  
 じん麻疹がでる  アトピー  薬物  
 傷で血が止まりにくい  その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. 一緒に住んでいる家族の方でB型・C型肝炎など肝臓疾患にかかったことのある方はいますか?

いない  いる → \_\_\_\_\_



**治療についてのご希望はありますか?**

- もう悪くならないようケアして欲しい
- 悪い所は全部治したい
- 今痛んでいる歯の治療だけでよい
- 相談しながら治療したい



**お子様が治療中に泣いて、治療を続けるのが困難になった場合、治療はどうされますか?**

- 続けて欲しい
- やめて欲しい
- 様子を見ながら進めて欲しい
- 相談の上、決めたい



**お子様の性格について当てはまる所にすべて○をつけて下さい**

- ききわけがよい  のんびり  おとなしい  甘えっ子
- わがまま  気が強い  乱暴  恐怖心が強い
- 泣きむし  神経質  その他 ( \_\_\_\_\_ )



**お子様の癖について当てはまる所にすべて○をつけて下さい**

- 特にない  指しゃぶり  爪をかむ  歯ぎしり
- タオルなどをかむ  その他 ( \_\_\_\_\_ )

※当院では、ご記入頂いた番号をもとに、自動的にSMSメールにて前日に予約日のご案内を致しておりますので了承下さい

◆ ◇ ◆ ご協力ありがとうございました ◆ ◇ ◆