



# 小児歯科問診票

No. \_\_\_\_\_

受付日

年

月

日

ふりがな お名前	_____	生年月日 平成・令和 年 月 日 歳
保護者お名前	続柄	お子さまの愛称
携帯番号	— —	mail
ご住所	〒 -	

## 当クリニックを何で知りましたか？

- ☐ ご紹介（ ☐ 歯科医院 ☐ 様） ☐ 評判を聞いて  
☐ 近いから（ ☐ 勤務先 ☐ 学校 ☐ 自宅） ☐ ホームページ ☐ 広告 ☐ 看板

## 現在お困りのことは？ \*当てはまる項目の□全てに✓をして下さい

- 【 歯 】 ☐ 歯が痛い ☐ しみる ☐ 乳歯が抜けない ☐ 詰め物がとれた  
【歯ぐき】 ☐ 歯ぐきが腫れた ☐ 歯ぐきが痛い ☐ 歯ぐきが出血する  
【その他】 ☐ 歯並びの相談をしたい ☐ 歯のクリーニングをしたい ☐ フッ素塗布をしてほしい  
☐ 検診をしてほしい ☐ その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 最も気になる場所はどこですか？

- |                             |                               |                             |                            |                               |                            |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 左上 | <input type="checkbox"/> 上の前歯 | <input type="checkbox"/> 右上 | <input type="checkbox"/> 顎 | <input type="checkbox"/> お口全体 | <input type="checkbox"/> 舌 |
| <input type="checkbox"/> 左下 | <input type="checkbox"/> 下の前歯 | <input type="checkbox"/> 右下 |                            |                               |                            |

## 今までに歯の治療の経験はありますか？

- ☐ ある（ ☐ 上手にできた ☐ できなかった） ☐ ない

## 動いて治療が難しい場合、押さえて治療をしてほしいと思いますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

## 今までに大きな病気にかかったことがありますか？

- ☐ ない ☐ ある（病名： \_\_\_\_\_ ）

## お薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

- ☐ ない ☐ ある（内容： \_\_\_\_\_ ）

## ケガや抜歯で血がとまりにくかったことはありますか？

- ☐ ない ☐ ある \_\_\_\_\_

## 食事の時間は？

朝食： \_\_\_\_\_ 時頃 / 昼食： \_\_\_\_\_ 時頃 / 夕食： \_\_\_\_\_ 時頃

## おやつについて

どの様なおやつを食べていますか？（ \_\_\_\_\_ ）

1日に何回食べていますか？ ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 欲しがる時はいつでも

おやつで気をつけているものはありますか？（ \_\_\_\_\_ ）

## 歯磨きについて \*当てはまる項目の□全てに✓をして下さい

- 誰が磨きますか？ ☐ お子さまご自身 ☐ 親御さん ☐ 自身で磨いて親御さんが仕上げ磨き ☐ その他  
いつ磨きますか？ ☐ 起床時 ☐ 朝食後 ☐ 昼食後 ☐ おやつ後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前

当院では患者さまの個人情報の取り扱いと管理に関して、細心の注意を払っております。ご記入下さいました情報は、診療と定期歯科健診のご案内以外の目的では一切使用いたしません。