

# 問 診 票

ふりがな お名前		愛称	
生年月日	平・令 年 月 日 ( ) 歳	性別	男・女
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
保護者氏名		E-mail	
学校・幼稚園・保育園名	(学年: )		
同居家族構成 ※ ( ) 内は年齢または学年	<input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母・ <input type="checkbox"/> 兄 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 姉 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 弟 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 妹 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 祖父・ <input type="checkbox"/> 祖母・ <input type="checkbox"/> その他:		

\* 予約時間を過ぎててもご来院されていない場合は、こちらからお電話をおかけしてよろしいでしょうか。

はい いいえ

1. 本日はどうされましたか? ※わかりましたら部位もご記入ください。  
( )
2. 今まで歯科にかかったことはありますか。  
ない ある(いつ頃: )  
 (治療内容 ※わかる範囲で結構です: )  
 ●治療等を受けられた際のお子さんの様子はどうか。  
 ( )
3. お子さまの健康状態について伺います。
  - 1) これまで大きな病気をされたことはありますか。  
ない ある(病名: 、病院名: 、担当医: )
  - 2) 現在、お薬は飲んでいますか。  
いいえ はい(薬名: )
  - 3) 特異体質やアレルギーはありますか。  
ない ある( )
4. お子さまが苦手なことはありますか。  
音 光 触られる 味 ( ) におい ( ) 初めての場所・環境  
その他 ( )
- (5) お子さまに癖(指しゃぶりなど)はありますか。  
ない ある( )
- (6) 食事・間食について
  - 1) お家ではどのようなおやつをよく与えていますか。  
( )
  - 2) おやつは1日に何回与えていますか。  
 1日に\_\_回 決められた時間に与えている ほとんど食べない 好きなだけ与えている
  - 3) お家ではどのような飲み物を飲んでいますか。 ※商品名もわかればご記入ください。  
( )
- (7) 歯磨きについて
  - 1) 歯磨きはいつしていますか。  
起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
  - 2) 仕上げ磨きはしていますか。  
していない している( 朝、夜 )
  - 3) 歯磨き時に歯ブラシ以外で使用している清掃用具はありますか。  
ない ある( フロス その他: )
  - 4) 歯磨剤(歯磨き粉)は使用していますか。  
使用していない 使用している
- (8) ご要望やご質問、その他お伝えしたいことがございましたら、ご記入ください。

[ ]