



子ども用 問診票



※問診表やカルテに記載される個人情報は、院外に漏出することはありません

2025年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	平成・令和 西暦	年 月 日 ()歳
氏名					
住所	〒	自宅番号	-	携帯番号	-
メール アドレス	@	※ネット予約又は予約確認メールを希望する方はご記入ください			
学校名		学年	兄弟	いない・いる → ご本人は ()番目	
マイナ保険証による診療情報取得に同意 (した・しない)		他医院の紹介状が(ある・ない)			

1) どうされましたか？ 印をつけてください

- 虫歯 詰め物が取れた 歯肉が腫れた、血が出る 噛むと痛いところがある 歯石を取りたい
乳歯を抜きたい 歯並び その他()

2) いつからどのような症状が出ていますか？ 時期 () 症状 ()

3) 前回の歯科受診は () 頃) 受診し、現在は通院していない 現在も他院に通院中 歯科受診は今回が初めて

4) 歯科治療の際、麻酔を使用したことはありますか？ なし あり

5) 歯科治療を受けて、異常や違和感をうけたことは？ なし あり(症状:)

6) 現在、処方・服用している薬はありますか？ なし あり(薬名・服用期間:)

※薬の飲み合わせで問題がでますので処方・服用されている薬は必ずご記入ください

7) 過去および現在の大きな病気・怪我・手術を教えてください なし 下記以外()

- 心臓病 腎臓病 喘息 ひきつけ 川崎病 はしか 風しん おたふくかぜ

病気・怪我・手術の時期() 主な治療内容() 現在の状態()

8) 薬、食品、ラテックス、金属等のアレルギーは？ なし あり()

9) 治療範囲について 他の要治療のところもすべて治したい お口の中を見てもらってから決めたい 今回のところだけでいい

10) 治療で優先したいご希望に印をつけてください(いくつでも可)

- 歯の健康を長く維持すること 見た目に違和感がないこと 治療費を安く 治療期間を短くしたい
治療の痛みを減らしたい その他()

11) 食生活習慣について

・習慣的飲料物 なし あり() ・間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

12) お口の手入れについて

- ・歯ブラシをお持ちですか？ 本人専用がある 家族の物を一緒に使っている
 持っていない 本人と保護者が使う仕上げ磨き用の歯ブラシがある
・いつ歯を磨きますか？ 朝食前 朝食後 昼食後 夕食後 寝る前 その他()
・歯を磨く習慣はどの程度ですか？ 日に 回 or 磨く習慣がない
・歯を磨くのは誰ですか？ 子供のみ 保護者のみ 子供が磨いた後に保護者が仕上げ
☆仕上げ磨きは？ 立たせて 座らせて 寝かせて ☆仕上げ磨きは1日何回しますか？ ()回
・歯磨き粉は使っていますか？ はい(種類/銘柄:) いいえ

13) 気になる癖はありますか？

- 指をしゃぶる 爪を噛む 唇を噛む 歯ぎしり お口が空いている 特になし その他()

14) お子様の資質や性格で該当するものに○印をつけてください。

- 歯医者さんに対して苦手意識が強い 痛みや症状を語れないor語るのが著しく下手
不注意な事が多く、集中力に欠ける じっと待っていることが苦手
新しい状況が苦手、変化を受け入れがたい 予想して行動することが苦手で安易なケガが多い

15) 当院をどちらで知りましたか？(数字に○印)

①看板 ②当院HP ③ちらし ④ご紹介・うわさ話(ご紹介者のお名前) ⑤クチコミサイトやBBS ⑥その他

16) 治療に関し、患部の状態を記録するために、術前・術後のお写真を撮影することがあります。

そこで撮影した写真を、個人が特定できないようにして、学術資料および広報資料として使用させて頂くことがあります。

- 協力できる 協力できない

17) 治療にあたり、事前に伝えておきたいこと、心配なこと、ご質問があればお書きください。