



子ども用 問診票 (再初診用)



メリー歯科

※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		〒	
氏名		住所	
自宅番号	- -	メール アドレス	
携帯番号	- -		
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)	

※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

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 当院 他の歯科で() 頃) 治療を受けた 現在も他の歯科に通院中

4) 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:)

5) 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

6) 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・怪我の時期() 主な治療内容() 現在の状態()

7) 薬、食品、ラテックス、金属等のアレルギーは？ なし あり()

8) 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()

9) 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

10) お口の手入れについて

- ・歯ブラシをもっていますか？ 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

11) 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 特にない その他()

12) 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
新しい状況が苦手で、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

13) 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。