



子ども用 問診票



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		男 ・ 女	生年月日	平成・令和	年	月	日 () 歳
氏名				西暦			
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: ☐ なし(治療経験なし) ☐ 他院で 約 () 年前 / 月頃 ☐ 現在も他院に通院中(前回施術は 月 日)

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

- ・歯ブラシを持っていますか？ ☐ 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

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

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。