



年 月 日

担当：

No.

小児 問診票

千仁会

ふりがな		男	生年月日：西暦 年 月 日
お名前		女	()才 年少・年中・年長・()年生
ご住所	〒	保育園・幼稚園・学校	
		電話番号（繋がりやすい） - -	
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 家が近い <input type="checkbox"/> 医院の前を通って気になった <input type="checkbox"/> グループ歯科から <input type="checkbox"/> インターネット（ホームページ/EPARK/Instagram/Google マップ/その他） <input type="checkbox"/> 評判を聞いて ⇒ <u>当院にかかられている方を教えてください</u> お名前 _____（親/きょうだい/祖父母//親戚/友人/職場/その他）		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 定期健診（歯石・着色とり/クリーニング/むし歯チェック） <input type="checkbox"/> フッ素希望 <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 乳歯が残っているのに永久歯がはえてきた <input type="checkbox"/> 痛い（しみる/ズキズキ/かむと痛い/はれた/その他： _____） <input type="checkbox"/> （つめ物/かぶせ物）がとれた・欠けた <input type="checkbox"/> 学校健診の紙をもらった <input type="checkbox"/> 歯ぎしりが気になる <input type="checkbox"/> その他（ _____）
診療について	<input type="checkbox"/> 歯科を初めて受診する <input type="checkbox"/> “こわがり”なので配慮してほしい <input type="checkbox"/> 嫌がっていたら途中でやめてほしい <input type="checkbox"/> 押さえてでも続けてほしい <input type="checkbox"/> 先生にお任せします
現在の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒（診断名： _____ 病院： _____）
薬について	<input type="checkbox"/> お薬手帳 or アプリ <input type="checkbox"/> その他（ _____）
アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒薬・食品など（ _____）
きょうだい構成	<input type="checkbox"/> きょうだいなし <input type="checkbox"/> 兄()人 <input type="checkbox"/> 姉()人 <input type="checkbox"/> 弟()人 <input type="checkbox"/> 妹()人
お子さんについて伝えておきたいことなどがございましたらご記入ください	
裏面に続きます	



お子さんについて教えてください

歯磨き

- いつ磨いていますか？ 朝 昼 夜 その他()
- 仕上げ磨きはしていますか いいえ はい
↳はいと答えたら、その時の様子はいかがですか？ 泣く 暴れる 嫌がる 抵抗しない 楽しそう その他()
- ブクブクうがいはできますか？ いいえ はい
- 糸ようじ、デンタルフロスは使用していますか？ いいえ はい
- 歯磨き時に使用しているものはありますか？ 歯磨き粉(味:) ジェル(味:)
何もつけていない

習慣

- 卒乳はしていますか？ いいえ はい(何歳頃ですか？)
- よく食べるお菓子はどんなものですか？ あまり食べない あめ グミ チョコ せんべい スナック菓子 その他()
- よく飲む飲みものはどんなものですか？ あまり飲まない 水 お茶 牛乳 ジュース スポーツドリンク その他()
- 次に当てはまることはありますか？ 歯ぎしり 爪を噛む 指しゃぶり 舌を出す 唇を噛む 常に口が開いている



ご記入ありがとうございました❀