

小児 問診票

千仁会

(フリガナ)		男 ・ 女	生年月日 (満 才)
お名前			平・令 年 月 日
ご住所	〒	保護者の電話番号 () 保護者の携帯番号(緊急連絡先として) ()	
学校名	保育園・幼稚園・小学校	E-mail	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(ズキズキ痛い・かむと痛い・はれた) <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯が動いている <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> フッ素希望 <input type="checkbox"/> 乳歯を抜きたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 学校健診の紙をもらった <input type="checkbox"/> その他 ()
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 院前を通過 <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・その他) <input type="checkbox"/> 評判を聞いて ⇒ 当院にかかられている方を教えてください お名前 _____ (親・配偶者・子・親戚・友人・職場関係・その他)
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ・困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい
お子さんが途中で治療を嫌がったときは	<input type="checkbox"/> 治療途中でやめてほしい <input type="checkbox"/> 押さえてでも治療を続けてほしい <input type="checkbox"/> 先生にお任せします
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良
今までにかかった大きな病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に:) <input type="checkbox"/> 通院している病院がある(医療機関名:)
今治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に:) <input type="checkbox"/> 通院している病院がある(医療機関名:)
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンが出やすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> その他()

裏面に続きます

アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> 薬剤 () <input type="checkbox"/> 食品() <input type="checkbox"/> その他()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬剤名)
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒その時異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ()

お子さんについて教えてください

歯磨き

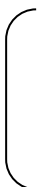
- いつ磨いていますか？ 朝 昼 夜 その他()
- 仕上げ磨きはしていますか いいえ はい
はい と答えた方、
その時の様子はいかがですか？ 泣く 暴れる 嫌がる 抵抗しない
楽しそう その他()
- ブクブクうがいできますか？ いいえ はい
- 糸ようじ、デンタルフロスは使用していますか？ いいえ はい
- 歯磨き時に使用しているものはありますか？ 歯磨き粉(味:) ジェル(味:)
何もつけていない

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

その他

- 今まで歯医者さんに行ったことはありますか？ いいえ はい (フッ素・治療)
はい と答えた方、
その時の様子はいかがですか？ ひざの上 1人で寝た
泣く 暴れる 嫌がる 怖がる
楽しそう その他()
- 兄弟はいますか？ はい いいえ
はいの方は兄弟の構成を教えてください ()
- お子さんについて
知っておいてもらいたいことはありますか？



ありがとうございました✿