

小児問診表

No. _____

ふりがな _____ 生年月日 平成 年 月 日 生まれ 才 ヶ月
お名前 _____ ニックネーム _____ 性別 男・女
保護者氏名 _____ 携帯番号 _____
〒 _____
住所 _____
家族来院状況：祖父・祖母・父・母・兄・姉・弟・妹・来院なし
当院を何でお知りになりましたか？家族 知人 ネット 通りがかり・近所
紹介者 _____ 様

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。できるだけ詳しくご記入ください。

◆どうなさいましたか？

歯が痛い 虫歯の治療をしてほしい 検診をしてほしい フッ素を塗布したい
歯並びが気になる その他(_____)

◆歯の治療の経験は？

ない ある(_____ ところ)
そのとき治療を 嫌がった 泣いた あばれた おりこうにできた その他(_____)

◆お子様の健康状態について

- ・現在、他のお医者様にかかっていますか？
いない いる(病名： _____)(病院名： _____)
- ・現在、お薬を飲んでいますか？
いない いる(薬名： _____)
- ・今まで大きな病気になられたことは
ない ある(病名： _____ ・ _____ 才のとき)
- ・特異体質やアレルギーはありますか？
ない ある(かぶれやすい じん麻疹がでる 薬物 食べ物： _____
その他： _____)
- ・一緒に住んでいる家族の中にB型・C型肝炎などの肝臓疾患にかかったことのある方はいますか？
いない いる(_____)

◆歯磨きについて

- ・歯磨きは1日何回しますか？ 1回 2回 3回 4回以上
- ・仕上げ磨きはしていますか？ いいえ はい
- ・歯ブラシ・歯磨き粉以外の口腔ケアアイテムを使っていますか？
使っていない フロス フッ素洗口剤 その他(_____)



◆飲食について

- ・おやつは食べていますか？ いいえ はい
- ・おやつは1日何回食べていますか？(_____ 回)
- ・主にどのようなものを食べますか？ クッキー おせんべい チョコ 手作りおやつ
その他(_____)
- ・普段どのような飲み物を飲みますか？ 水 お茶 スポーツドリンク フルーツジュース
炭酸飲料 乳酸菌飲料 その他(_____)
- ・食事は3食きちんと食べていますか？ いいえ(食) はい

◆治療について

- むし歯の治療だけでなく、お口の健康管理もしてほしい
 - 悪いところは全部治したい
 - 今痛んでる歯の治療だけでよい
- 歯磨き指導・フッ素塗布・定期健診
唾液検査

