

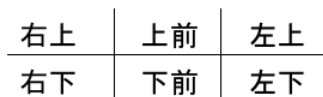
問診票(3歳までのお子様用)

年 月 日

ふりがな お名前	ニックネーム		ご兄弟がいらっしゃる方 兄 弟 姉 妹	
生年月日	身長		体重	
西暦	年	月	日	生まれ
才	男・女		cm	kg
保護者氏	ご住所 〒		自宅 TEL	
携帯 TEL				
保育園・幼稚園・小学校				
ご紹介者	当院は何でお知りになりましたか？			
様 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> Google Maps <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> その他				

どうなさいましたか？ 予防をしてほしい むし歯 痛む 歯並び

それはどこですか？(本人から見て)



いつからですか？ 今朝から 昨夜から それより前から

フッ素の塗布は希望しますか？ 希望する 希望しない

現在内科的な病気にかかっていますか？ はい(病名：)

いいえ

現在毎日服用している薬はありますか？ はい(薬の名前：)

いいえ

アレルギーはありますか？

はい(麻酔薬/抗生物質/鎮痛薬/金属/ゴム製品/キウイフルーツ)

いいえ

現在感染症にかかっている、もしくは疑いがありますか？

はい(B型肝炎/C型肝炎/HIV/その他)

いいえ

以前に大きなけがや病気をしたことがありますか？

はい()

いいえ

局所麻酔をしたことがありますか？ はい いいえ

その際に御気分がわるくなったことがありますか？ はい いいえ

主に昼間、接している人は誰ですか？ 母 父 祖父母

保育園に通っている その他()

主に母乳でしたか？ミルクでしたか？ 母乳 ミルク 母乳とミルク混合
卒乳、断乳しましたか？ した(才 カ月)

間食はしていますか？何時ごろたべますか？

している()時()時()時

していない

何をよく食べていますか？()

喉が渴いた時は何を飲みますか？()

歯磨きはいつしますか？ 朝 昼 夜 就寝前 その他()

歯磨きをしないで寝てしまう事がありますか？ よくある ときどきある

ほとんどない ない

仕上げ磨きはしていますか？ はい いいえ

歯磨き粉を使っていますか？何をつかっていますか？

使っている(銘柄：) 使っていない

うがいはできますか？ できる できない

歯ブラシ・歯磨き粉以外の口腔ケアアイテムを使用していますか？

使っている(フロス/マウスリンス/フッ素洗口剤/その他：)

使っていない

歯科医院に通うのは初めてですか？

はじめて 通った事がある(前回の受診： 年 月ごろ)

その時の様子(泣かなかった/泣いた/暴れて治療できなかつた/その他：)

指しゃぶりなどのクセはありますか？ ある() ない

当院では予約の前日にメールにて予約の確認をお送りするサービスを実施しております。このサービスを希望されない方はチェックをお願いします。

その他治療に関してご希望がございましたらお書き下さい。