



カルテNo. \_\_\_\_\_

# き っ ず 問 診 表

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな	男・女	愛称	第 _____ 子目
お名前			
生年月日	年 _____ 月 _____ 日	( _____ 才 _____ ヶ月)	
ご住所 〒	_____		
電話番号 (自宅)	_____ (携帯) _____		
メールアドレス	_____ @ _____		
通園	保育園・幼稚園	組 _____	身長 _____ cm
通学	学校	年 _____	体重 _____ kg

\*お子様によりよい診察を行うためにお聞かせください。なお、内容は厳重に守秘いたします。

## [お子様について]

- 問1 どのようなことがご希望ですか？ また、気になることはありますか？
- ・歯の清掃希望
  - ・定期管理処置 (歯磨き練習 ・フッ素・シーラント)
  - ・検診希望 (虫歯・歯並び・歯肉炎)
  - ・乳歯が抜けない
  - ・歯が痛い
  - ・むし歯がある
  - ・その他 ( \_\_\_\_\_ )
  - ・歯科に対する相談 (具体的に: \_\_\_\_\_ )
- 問2 お子様にもられる癖はありますか？
- 口が開いている・口呼吸・舌が出る・唇をかむ・姿勢が悪い・頬杖をつく・指しゃぶり・おしゃぶり
  - 発音が不明瞭・その他 ( \_\_\_\_\_ )
  - また、どのような時にみられますか？ 時間帯は？ ( \_\_\_\_\_ )
- 問3 今まで歯科医院で定期的に歯のクリーニング、フッ素塗布は受けたことがありますか？ ・なし ・あり
- 問4 最後に歯科医院を受診したのはいつ頃ですか？ 受診した理由は何ですか？ ( \_\_\_\_\_ )
- ・半年以内
  - ・1年以内
  - ・1年以上
  - ・2年以上
  - ・それ以上 ( \_\_\_\_\_ )
- 問5 治療や麻酔の経験はありますか？ ・なし ・あり
- 問6 薬・食べ物・その他のアレルギーはありますか？ ・なし ・あり ( \_\_\_\_\_ )
- 問7 現在、病気などありますか？ ・なし ・あり ( \_\_\_\_\_ )
- 問8 かかりつけの小児科・内科はありますか？ また、現在、他の科へ通院していますか？
- ・なし
  - ・あり (病院名 \_\_\_\_\_ )
  - 他の科への通院 ( \_\_\_\_\_ )
- 問9 今までに入院や手術を受けるような大きな病気にかかったことがありますか？
- ・なし
  - ・あり (病名 \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 歳ごろ

## [お母様について]

- 問10 お子様を出産する際の分娩状態はいかがでしたか？
- ・正常
  - ・帝王切開等
  - ・早産
  - ・その他 ( \_\_\_\_\_ )
  - ・妊娠期間 ( \_\_\_\_\_ ) 週
  - 出生時体重 ( \_\_\_\_\_ g)
- 問11 過去に歯科医院で生じた不満などはありますか？ ( \_\_\_\_\_ )
- 問12 当院にいらして下さった理由はどのようなことですか？
- ・家族、友人、知人の紹介
  - ・HPをみて
  - ・広告をみて
  - ・家または職場が近いから
  - ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

- 当院はむし歯のリスク検査を全ての患者さまに行っていただいております○
- ・やってもらいたい
  - ・説明を聞いてから
  - ・あまりやりたくない

ご協力、ありがとうございました。この後、スタッフからお子様の健康管理のためにお話を聞かせていただきます。よろしくお願ひします。