

問 診 票 (小学生以下)

カルテNo. _____

受診日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな						
お名前	男・女 愛称 第 _____ 子目					
生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月)						
郵便番号 〒 _____	ご住所： _____					
ご自宅TEL _____ - _____	緊急連絡先 (携帯等) _____ - _____					
メールアドレス： _____ @ _____						
*ご予約日の前に日時をお知らせするメール配信サービスを行っております。携帯またはパソコンのアドレスをご記入ください						
通園 _____	保育園・幼稚園 _____	通学 _____	学校 _____	年 _____	身長 _____ cm	体重 _____ Kg

*お子様により良い診療を行う為にお聞かせください。なお、内容は厳重に守秘いたしますのでご安心ください。

【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
- ・検診希望 (むし歯・歯肉炎・歯並び)
- ・定期管理処置 (歯磨き練習・フッ素・シーラント)
- ・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 お子様に見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？

- ・はい
- ・いいえ

問4 最後に歯科医院を受診したのはいつ頃ですか？

- ・半年以内
- ・1年以内
- ・1年以上
- ・2年以上
- ・それ以上 (_____)
- また、受診した理由は何ですか？ (_____)

問5 治療や麻酔の経験はありますか？

- ・いいえ
- ・はい

問6 薬・食べ物・その他のアレルギーはありますか？

- ・いいえ
- ・はい (_____)

問7 現在、病気などございますか？

・いいえ ・はい ()

問8 かかりつけの小児科・内科はありますか？

・なし ・あり (病院名)

また、現在他の科へ通院していますか？

・なし ・あり ()

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) (歳頃)

【お母様について】

問10 お子様を出産した際の分娩状態はいかがでしたか？

・正常 ・帝王切開 ・早産 ・その他 ()
妊娠期間 (週) 出生時身長 (cm) 出生時体重 (g)

問11 今までに歯科の予防についての話を聞いたことがありますか？

・なし ・あり

問12 過去に歯科医院で生じた不満などはありますか？

・特になし ・ある (具体的に)

問13 当院をお選びいただいた理由をお聞かせください (複数回答可)

・家族が通院中 (父・母・ご主人様・奥様・ご子息・ご兄弟)
・知人からの紹介 (様よりご紹介)
・ホームページを見て ・広告、看板を見て ・家、または職場が近いから ・おでかけセミナー
・Instagram ・YouTube ・Facebook ・その他 ()

◎当院は一人一人のむし歯の原因を追求する為、リスク検査を全ての患者様に受けて頂いております

・やってもらいたい ・説明を聞きたい ・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、スタッフからお話を聞かせていただきます。よろしくお願ひします。