

問診票

かちどきこども・矯正歯科

初診日：令和 年 月 日
(フリガナ) お名前：
生年月日：平成・令和 年 月 日 男・女 (歳 ヶ月)
記入者名： 続柄：
住所：〒
電話番号： E-mail：

ご記入いただいた内容は診療の参考にさせていただきだけで、秘密厳守致しますので、できるだけ正確にお答えください。

1. 今回の受診の目的は何ですか？

検診して欲しい 痛いところがある 定期的管理して欲しい むし歯がある
歯並びが気になる 予防処置をして欲しい その他 ()

2. 出生歴 (お子様の妊娠中、出生時の状態について)

妊娠中にお母様の病気、事故等がありましたか？

はい (妊娠中毒、感染症、貧血、事故 その他 ())

いいえ

妊娠中に薬を常用しましたか？ はい () いいえ

分娩出生時の状態 早産 安産 吸引分娩 帝王切開 仮死

出生時体重 グラム

3. 既往歴

① 次の病気のうち、現在あるいはこれまでにかったことのあるものは○で囲み、その年齢を記入してください。

はしか 歳、 風疹 歳、 肺炎 歳、 心疾患 歳、
喘息 歳、 てんかん 歳、 肝炎 歳、 鼻疾患 歳、
アトピー 歳、 血液疾患 歳、 腎疾患 歳、
発達障害 ()、 先天性疾患 ()
その他 ()

② 蕁麻疹や湿疹がでしやすいですか？ はい いいえ

③ アレルギーがありますか？ はい (何に：) いいえ

④ 薬を常用していますか？ はい (薬品名：) いいえ

⑤ けがをしたとき血がとまりにくいですか？ はい いいえ

⑥ 小児科で注意を要すると言われていたことがありますか？

はい () いいえ

2枚目もご記入をお願いいたします。→

- ⑦ かかりつけの小児科はどこですか？（医院名： _____ ）
- ⑧ 歯科受診をしたことがありますか？はい（目的： _____ ） いいえ
- ⑨ 歯科で麻酔の注射をしたことがありますか？ はい いいえ
4. 哺乳について
- ① 哺乳の状態 1. 母乳 2. 人工ミルク 3. 混合乳
 離乳開始 _____ ヶ月頃 卒乳 _____ 歳 _____ ヶ月
- ② 哺乳瓶で乳酸飲料、スポーツドリンクを飲ませていますか？あるいは飲ませていた
 ことがありますか？
 はい（いつ頃： _____ 種類： _____ ） いいえ
5. おやつ時間は決めていますか？
 はい（時間： _____ ） いいえ
6. 1日のおやつの回数は何回ですか？
 食べない 1回 2回 3回以上
7. おやつとしてよく食べるものは？
 菓子パン ケーキ類 クッキー スナック菓子 おせんべい 和菓子 アメ
 チョコレートゼリー・プリン グミ ヨーグルト 果物 ジュース
 スポーツドリンク 乳酸飲料 その他（ _____ ）
8. 日中、口を開けていることが多いですか？
 はい いいえ
9. 指しゃぶり、おしゃぶり、爪かみの癖はありますか？
 はい いいえ
10. 家族でかみ合わせや歯並びの悪い人はいますか？
 はい いいえ
11. 歯磨きは一日何回しますか？
 _____ 回（朝食前 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前）
12. 仕上げ磨きをしますか？
 毎回する 時々する 全くしない
13. 歯磨き剤を使っていますか？
 はい いいえ
14. フッ素によるむし歯予防処置を希望しますか？
 はい いいえ（理由： _____ ）
15. 当院は定期検診を原則としていますが希望しますか？（キッズクラブ）
 はい いいえ（理由： _____ ）
16. 当院をどのようにして知りましたか？
 ホームページ Google Instagram 家族が通院している（ _____ 様）
 紹介（ _____ 様より） 通りすがりに
 その他（ _____ ）
17. その他担当医に望むことがありましたらご記入ください。
 （ _____ ）

ご記入ありがとうございました