ＩＤ：　　記入日：Ｈ　　年　　月　　日

小児問診票

フリガナ		フリガナ	
お名前		保護者名	
生年月日	平成　　年　　月　　日　（　　才）	自宅電話 携帯電話	（　　） （　　）
ご住所	〒　　－		
保育園・幼稚園・学校名			

当歯科医院をお選びになられた方法をお知らせください	□ ホームページ　□くちこみ　□看板　□家・職場の近く □ その他（　　） □ 紹介　（ご紹介者のお名前　　様　）
どうなさいましたか？	□ 虫歯がある　□ 腫れた　□ 痛い　□ ぶつけた □ 虫歯の予防・健診をしてほしい　□ 歯垢・歯石の除去　□歯がぐらぐらする □ 歯並びが気になる　□その他（　　）
痛い・具合が悪いと答えた方	部位（場所）はどこですか 右上 / 前上 / 左上 右下 / 前下 / 左下
麻酔の経験はありますか？	□ ない　□ ある **あると答えた方** ▶ 何か異常はありませんでしたか？ □ 特に異常はなかった　□ 麻酔が効きにくかった □ 気分が悪くなった　□ アレルギー反応があった □ その他（　　）
アレルギーなどの特異体質はありませんか？	□ ない　□ ある **あると答えた方** ▶ □ 薬である　□ ペニシリン系　□ ピリン系　□ 麻酔薬 □ その他（　　） □ 食品である　□ 卵　□ 牛乳　□ 小麦　□エビ・カニ □ その他（　　） □ その他（　　）
現在治療中の病気はありますか？	□ ない　□ ある **あると答えた方** ▶　病名（　　） 病院名（　　）
現在常用しているお薬はありますか？	□ ない　□ ある　） **あると答えた方** ▶　お薬の名前（　　）
今までかかった病気はありますか？	□ ない　□ ある **あると答えた方** ▶　病名（　　）

裏面もご記入ください

歯磨きについて	
自分で歯磨きは していますか？	□ 毎日　□ 時々　□ 磨いていない
それはいつ磨いて いますか？	□ 起床時　□ 朝食後　□ 昼食後　□ 間食後　□ 夕食後　□ 就寝前
仕上げ磨きは していますか？	□ 毎日　□ 時々　□ 磨いていない
仕上げ磨きは いつしていますか？	□ 起床時　□ 朝食後　□ 昼食後　□ 間食後　□ 夕食後　□ 就寝前
どなたが仕上げ磨きを していますか？	□ 父　□ 母　□ 祖父　□ 祖母　□ その他（　　）
どのような体勢で 磨いていますか？	□ 寝かせたまま　□ 起きたまま　□ その他（　　）
歯ブラシ以外の道具を 使っていますか？	□ フロス　□ ワンタフト（一本ブラシ）　□ 使っていない　□ その他（　　）
歯磨き粉は使ってい ますか？	□ 使っている　商品名（　　）　□ 使っていない
食生活について	
好きな食べ物	
嫌いな食べ物	
よく食べるお菓子	□ ポテトチップス　□ クッキー　□ チョコレート　□ ドーナッツ □ キャラメル　□ ガム　□ アメ　□ せんべい □ アイス　□ プリン　□ ヨーグルト　□ ゼリー □ その他（　　）
よく飲む飲み物	□ 水　□ お茶（□ 麦茶　□ 煎茶　□ ほうじ茶　□ 紅茶） □ 牛乳　□ 乳酸飲料　□ スポーツドリンク □ ジュース（　　）　□ その他（　　）
おやつを与える時間は 何時頃ですか？	（　　時頃）　（　　時頃）　（　　時頃）
治療の範囲について	□ 悪いところがあればこの機会に全部治療したい □ 検査をして相談してから決めたい □ 今回は応急処置だけを希望 □ 今痛いところ（不快なところ）だけ治療したい
その他 何かありましたら ご記入ください	

ご記入ありがとうございました。

こづかファミリー歯科

【痛くない】【怖くない】【心地よい】治療を目指して・・・

患者様に感動していただけるようスタッフ一同、精一杯お手伝いをさせていただきます。