

問診票 (0~3歳)

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	西暦	年	月	日	生まれ (歳)
保護者氏名		性別			
		男 ・ 女			
保護者氏名		ご住所			
		〒 自宅 ()			
		携帯 ()			
保育園 ・ こども園 ・ 幼稚園					
ご紹介者様			当院をお知りになった理由をお聞かせください。		
			<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> その他		

どうなさいましたか？

- 歯が痛い
- むし歯
- 歯並び
- 予防をしてほしい

それはどこですか？ (本人からみて)

右上	上前	左上
右下	下前	左下

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 ()
 (薬・食べ物・ゴム製品・金属など) 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

主に昼間、接している人は誰ですか？ 母 父 祖父母
 保育園等に通っている その他 ()

保育園に通っている方にお聞きします。
 帰宅時間は何時ですか？ () 時頃

- 間食はしますか？ する しない
- 間食の時間は決まっていますか？ はい いいえ
- 何をよく食べますか？ ()
- 何をよく飲みますか？ ジュース お水 or お茶 牛乳
その他 ()
- 歯磨きはいつしますか？ 朝 昼 夜 就寝前
その他 ()
- 歯磨きしないで寝てしまうことはありますか？ よくある ときどきある ほとんどない ない
- 仕上げ磨きはしますか？ はい いいえ
- 仕上げ磨きは誰がしますか？ 父 母 祖父母 その他 ()
- 歯磨き粉は使っていますか？ 使っている 使っていない
- うがいはできますか？ はい いいえ
- 歯ブラシ・歯磨き粉以外の口腔ケアアイテムを使っていますか？ 使っている(フロス/マウスウォッシュ/フッ素洗口剤)
その他 ()
使っていない
- 何かクセはありますか？ 指しゃぶり 頬杖 舌突出
歯ぎしり 口唇巻き込み 口呼吸
- 歯科医院に通ったことはありますか？ ある ない
- フッ素の塗布は希望しますか？ 希望する 希望しない

その他相談したいことや伝えておきたいことがあればご記入ください。