

# 問診票 (3歳以上)

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)
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 ・ 小学校					
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。		
様			<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
- その他 ( )

## 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

## いつからですか？

- 今朝から
- 昨夜から
- それより前から

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

局所麻酔をしたことがありますか？ はい いいえ

その際に気分が悪くなったことがありま  
すか？ はい いいえ

おやつ時間は決めていますか？ はい いいえ

どのくらいの時間食べていますか？ 10分以内 15分以上 30分以内 30分以上

- 主にどのようなものを食べますか？  
チョコレート スナック菓子 おせんべい クッキー  
飴・グミ・キャンディ 手作りのおやつ 果物
- 一緒にどのようなものを飲みますか？  
水 お茶 スポーツドリンク  
フルーツジュース 炭酸飲料 乳酸菌飲料  
その他（ ）
- 普段はどのようなものを飲みますか？  
水 お茶 スポーツドリンク  
フルーツジュース 炭酸飲料 乳酸菌飲料  
その他（ ）
- 食事はきちんと食べていますか？  
はい いいえ
- 大人と同じものを食べていますか？  
はい いいえ
- どのくらいの時間で食べ終わりますか？  
10分以内 15分以上 30分以内 30分以上
- 歯磨きはいつしますか？  
朝 昼 夜 就寝前  
その他（ ）
- 1回何分ぐらい磨きますか？  
1分 2分 3分 4分以上
- 仕上げ磨きはしていますか？  
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用していますか？  
はい（フロス / マウスウォッシュ / フッ素洗口剤）  
その他（ ）  
いいえ
- 歯科医院に通うのは初めてですか？  
はじめて  
通ったことがある（前回の受診： 年 月ごろ）  
その時の様子（泣かなかった / 泣いた / 暴れて治療できなかった / その他： ）
- 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
- 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。