

# 問 診 票 (小児用)

この問診票は、患者さんの全身状態や歯の状態を歯科医師が把握するための大切な情報源です。最良の歯科医療をご提供するために必要となる事項ですので、できるだけ詳しくお書き下さるようご協力お願い申し上げます。

\* **太字**は○、アンダーラインには文字や数字を書き込み下さい

記入日 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

〒番号 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_ 愛称 \_\_\_\_\_ 性別 **男・女**

お子様のお名前 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (現在\_\_\_\_歳\_\_\_\_ヶ月) 血液型\_\_\_\_型 (RH+)

通学 (通園) 先 \_\_\_\_\_

保護者のお名前 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ メール \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

当院からのご連絡先の優先順序

ご自宅  携帯電話

当院を選んで下さった主な理由

**近い・パンフレットを見て・インターネットのHPを見て  
紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)・その他 ( \_\_\_\_\_ )**

もしご予約のお時間に来院されなかった場合

ご連絡を希望する  ご連絡を希望しない

1. 来院の理由 (病状) をお教え下さい (できるだけ詳しくお書き下さい)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(回答例: 昨夜から右上の奥歯が痛む、転倒して上の前歯を打った、歯の健康診断、等...)

2. 全身状態について教えてください

◎現在の身長と体重をお教え下さい

\_\_\_\_\_cm \_\_\_\_\_kg

◎現在、病気で医師の診察を受けていますか?

**はい・いいえ**

「はい」とお答えの方へ。何の病気ですか?

◎今までに入院など大きな病気をしたことがありますか?

**はい・いいえ**

「はい」とお答えの方へ。何の病気ですか?

◎今までに医師から全身の病気で治療を受けたことはありますか?

**はい・いいえ**

「はい」とお答えの方へ。何の病気ですか?

◎薬や食べ物にアレルギーはありますか?

**はい・いいえ**

「はい」とお答えの方へ。何に対してですか?

◎ぜんそくはありますか?

**はい・いいえ**

◎てんかんはありますか?

**はい・いいえ**

3. 今までの歯科診療について教えてください

◎今まで虫歯の治療を受けたことがありますか?

**はい・いいえ**

「いいえ」とお答えの方は4へお進み下さい

◎今まで歯科医院での診療はいかがでしたか?

・うまくできた      ・泣いたりしたが治療はできた      ・治療できなかった

・その他 ( \_\_\_\_\_ )

<2枚目>につづく

◎今まで歯科医院で麻酔をしたことがありますか？

・ない ・不明 ・ある（異常：なし あり\_\_\_\_\_）

◎今まで歯科医院で歯を抜いたことがありますか？

・ない ・不明 ・ある（異常：なし あり\_\_\_\_\_）

4. 生活習慣について教えてください

◎おやつは1日何回食べますか？

・食べない ・1回 ・（\_\_\_\_\_）回くらい ・好きな時にいつでも ・不明

◎おやつはどのようなものをよく食べますか？（複数回答可）

・ビスケット ・あめ、ガム ・ケーキ ・フルーツ ・その他（\_\_\_\_\_）

◎ジュース類（スポーツドリンクなども）をどの程度飲みますか？

・ほとんど飲まない ・1週間に2,3回程度 ・1日1回程度 ・それ以上

◎授乳（母乳・哺乳瓶）はいつ止めましたか？ ・授乳中 ・ \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_ヵ月頃まで

5. ご自宅での歯磨きについて教えてください

◎歯磨きは1日何回しますか？ ・（\_\_\_\_\_）回くらい（朝・昼・夜）

◎仕上げ磨きは行っていますか？ ・しない ・1日（\_\_\_\_\_）回程度 ・週（\_\_\_\_\_）回程度

◎糸ようじは行っていますか？ ・しない ・1日（\_\_\_\_\_）回程度 ・週（\_\_\_\_\_）回程度

6. その他

◎今までフッ素（フッ化物）を使ったことがありますか？（複数回答可）

・ない ・歯磨き粉で ・フッ素ジェルで ・フッ素スプレーで ・洗口剤で  
・歯科医院で ・保健所などで ・不明 ・その他（\_\_\_\_\_）

◎お口や呼吸に関係する癖はありますか？（当てはまるものは全てお選びください）

・ない ・指しゃぶり ・爪噛み ・物（毛布・タオルなど）を噛む  
・唇を噛む ・口で息をする ・いびき ・その他（\_\_\_\_\_）

◎保護者の方は、お子様の口元・歯並びは気になりますか？

・すごく気になる ・少し気になる ・将来が心配 ・分からない ・あまり気にならない

◎今までに歯並びについて指摘されたり相談されたことはありますか？

・ない ・ある（いつ\_\_\_\_\_病院名\_\_\_\_\_）

◎今までに歯の数の不足や過剰な歯があると指摘されたことはありますか？

・ない ・ある（どのような\_\_\_\_\_）

◎同居者の中に、喫煙される方はいらっしゃいますか？

はい・いいえ

その他診療に先立ってお知らせしたいこと、ご希望・ご質問がありましたら教えてください

---

---

---

---

担当医

年 月 日