

問診票 (15歳以下)

名前: _____ 生年月日: _____

幼稚園・学校名: _____ 人きょうだいの _____ 番目 愛称: _____

記入保護者名: _____ (母・父・祖母・祖父・ _____)

■どうなさいましたか？(いくつでも)

- むし歯がある 歯が(噛むと痛い・何もしなくても痛い・その他 _____) 歯並び相談
健診後(学校・幼稚園・その他 _____) 外傷 予防 着色 歯石
その他(_____)

■現在かかっている疾患はありますか？

- 心疾患 ぜんそく けいれん アレルギー(_____) その他(_____)

■服用中のお薬はありますか？ ※お薬をのまれている場合、「お薬手帳」をご用意ください

- ない
ある(_____ 科のお薬 薬名 _____)

■歯科にかかるのは初めてですか？

- はい
いいえ(_____ 年 _____ 月以来 医院名 _____)

■治療をどのような状態で受けられますか？

- 治療・説明とも付き添いを希望する
治療は一人で受けられるが説明は付き添いを希望する
治療・説明とも一人で受けられる

以下は普段の生活についてお尋ねします(できるだけ正確にご記入ください)

■歯みがき

- 起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前 していない
歯ブラシ 電動歯ブラシ を使用し、1回 _____ 分位かけてブラッシング

■間食をされますか？

- しない する (規則的・不規則 よく食べるもの _____)

■よく飲む飲み物

- お水 お茶 コーヒー ジュース 炭酸飲料 乳酸菌飲料 その他(_____)

■睡眠時間 約 _____ 時間 ■同居している方で喫煙者は いない いる (続柄 _____)

■その他治療にあたってご希望・伝えておきたいことがございましたらご記入ください