

## 問 診 表 (こども用)

ご記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別 男 / 女
お名前		生年月日 平成 年 月 日 ( 才 ヶ月 )
保護者名		携帯TEL:
ご住所	〒	自宅TEL: 携帯TEL:
在学学校		(学年: )

☆以下の質問事項について、該当する項目にチェック、または○印をつけて下さい

## ① 当院をお選びいただいた理由

□ 歯科医師の紹介 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 先生

□ ご友人・ご家族の紹介 \_\_\_\_\_ 様

□ 病院の看板をみて □ インターネット／ホームページ □ 広告 ( )

## ② ご来院の目的について

□ 検診 □ 歯が痛い □ 詰物が取れた □ フッ素の塗布

□ PMTC/クリーニング □ 歯並び・噛みあわせが気になる □ 歯を抜きたい □ 歯磨きのトレーニング

□ 相談をしたい □ その他 ( )

## ③ 現在の健康状態をおしえてください

□ 良好 □ 通院中 ( 詳しく教えてください: )

□ 薬を飲んでいます ( 薬剤名 )

□ 血液の病気 □ 骨の病気 □ ぜんそく □ その他 ( )

## ④ アレルギーはありますか? 【 なし ・ ある ( ) 】

## ⑤ ご家族またはご本人が肝炎にかかった事がありますか? 【 なし ・ ある ( 本人 / 家族 ) 】

## ⑥ いままで歯医者での治療(検診)をしたことがありますか? 【 なし ・ ある ( 検診 / 治療 / その他 ) 】

● 「ある」とお答えいただいた方へ : その際に歯科治療で困ったことやご不満はありましたか?

【 ない ・ ある ( ) 】

## ⑦ いつ歯みがきをしますか? 【 起床時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前 】

● 仕上げ磨きはしていますか? 【 していない ・ している ( 毎回 / 時々 ) 】

● 歯ブラシ以外のデンタルグッズ(フロスやフッ素、染め出し液など)を使用していますか?

【 していない ・ している ( 使用道具 ) 】

## ⑧ 習慣的に飲む飲料物がありますか? 【 ない ・ ある ( ) 】

## ⑨ 間食の取り方について教えてください 【 不規則 ・ 規則正しい ・ しない 】

## ⑩ 睡眠時間を教えてください 【 約 \_\_\_\_\_ 時間 】

● 通院に要する時間 \_\_\_\_\_ 分 ● ご都合の良い曜日 \_\_\_\_\_ 曜日

ご都合の良い時間帯 【 午前 ・ 午後 ( お昼ごろ / 夕方 / 夜 ) ・ いつでもよい 】