

## 小 児 用 (中学生以下) 問 診 票

記入年月日： 平成 年 月 日

治療の参考にしますので以下の質問に、正しくお答え下さい。

小さなお子さまの場合、保護者・付き添いの方がご記入下さい。

(□の中にチェックして下さい)

1. 御氏名：

学年：

本日付き添いで来られた方のお名前：

ご住所：

電話番号：

ご紹介者：

小学生以下のお子さま； 身長：

体重

2. 今日はどうしましたか？

歯が痛い (  冷たいもの、熱いものがしみる  ズキズキする )

つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた

歯が揺れている  歯ぐきの具合が悪い  検 診

口の中に異常がある ( )

アゴの関節に異常がある (  痛い  音がする  開かない  その他 )

かみ合わせ・歯並びが悪い  矯正治療を受けたい

その他 ( )

3. ご本人にアレルギーはありますか？

いいえ  はい {  薬 ( )  
 食べ物 ( )  
 その他 ( )

4. ご両親、祖父母、ご親戚の方にアレルギーはありますか？  いいえ  はい

「はい」の方は具体的にお書き下さい

( )

5. 歯の治療の時に気分が悪くなったことがありますか？  いいえ  はい

局所麻酔の注射を受けたことがありますか？  いいえ  はい

局所麻酔の注射で異常がありましたか？  いいえ  はい

歯を抜いたことがありますか？  いいえ  はい

歯を抜いたときに異常がありましたか？  いいえ  はい

6. 傷ができた時、血が止まりにくかったことがありますか？  いいえ  はい

7. 現在通院している病院、診療所はありますか？  いいえ  はい

「はい」の方は病名をお書き下さい

( )

8. 現在、何か薬を飲んでいますか？  いいえ  はい

9. 次の病気になったことがありますか？または、現在かかっていますか？

心臓病  高血圧症  糖尿病  肝臓病  腎臓病  胃腸病

ぜんそく  貧血  肺結核  性病  B型肝炎  C型肝炎

精神神経病  発達障害  適応障害  骨粗鬆症

その他 { }

2枚目もありますので、忘れずにご記入下さい

10. いままでになにか手術を受けたことがありますか？ いいえ はい
11. 輸血を受けたことがありますか？ いいえ はい
12. 泣いたり嫌がっていても治療をしてもよろしいですか？  
いいえ はい
13. 治療時に痛みを伴う場合には局所麻酔の注射をして治療しても宜しいですか  
いいえ はい
14. 睡眠時間は平均何時間ですか？  
7時間以下 7～8時間 8時間以上
15. 歯磨きをどれくらいしていますか？  
週に1回 週に2～6回 1日に1回 1日に2回  
1日に3回以上 月に4～5回
16. 一回の歯ブラシの時間はだいたい何分位ですか？  
1分以内 1～3分 3～5分 5分以上
17. お子さまの場合、保護者の方が仕上げ磨きやチェックをしていますか？  
いいえ はい
18. 歯ブラシ以外に使用されている器具はありますか  
いいえ はい (糸ようじ・歯間ブラシ・うがい薬・電動ブラシ)
19. おやつ時間は決まっていますか  
いいえ はい
20. おやつ時間が決まっている場合、それはいつですか？  
1日3回以上 1日2回くらい 1日1回くらい
21. 甘いお菓子や甘いジュースやスポーツドリンクは好きですか？  
いいえ はい なるべく与えないようにしている  
おやつは主にどなたがお子さまにあげていますか？  
母親 祖父母 その他 [ ]
22. 特に好んで食べるおやつ・飲み物は何ですか？  
[ ]
23. 口の衛生や歯の健康に気を付けていますか？興味がありますか？  
いいえ はい
24. 衛生士による歯ブラシの指導・口腔衛生指導・食生活指導を希望しますか？  
いいえ はい  
希望される場合、指導時に歯垢の染色（赤色）をしてもよろしいですか？  
いいえ はい
25. 歯の表面に深い溝がある場合、そこから虫歯になります。その溝を埋めて虫歯を予防する予防充填処置（保険で）を希望しますか？  
いいえ はい
26. 治療についてのご希望は？  
すべて保険で治療したい 自費でも予防処置や審美治療も希望する  
なるべく保険の範囲で、効かないところは自費で  
自費でも構わない 相談して決めたい
27. その他ご要望があれば下記にお書きいただくか、担当医にお申し付け下さい