



# つばきの郷歯科クリニック 問診票 (小児用)

No.

ご記入日 西暦 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	西暦	年	月	日 ( 歳)
お名前							
ご住所	〒		自宅電話				
			携帯電話				
保護者氏名			E-mail			@	
勤務先 (学校)		ごきょうだい	( )	人きょうだいの	( )	番目・ひとりっ子	
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> 勤務先	午前 / 午後	時頃

お手数ですが該当する箇所に  チェックをつけてお答え下さい。

### 当院を知ったきっかけ

- 医院を直接見て (看板など)
- 知人・家族の紹介 ( ) 様)
- インターネット・ホームページ
- チラシなど
- その他 ( )

### 次の病気にかかったことはありますか？

- 心臓病  肝臓病  腎臓病  肺炎  結核
- インフルエンザ  コロナ  扁桃腺炎  はしか  ぜんそく
- 黄疸  アトピー性皮膚炎
- その他 ( )
- ない

### どうなさいましたか？(複数回答可)

- 歯が痛い  歯に穴があいた  歯をぶつけた
- 口の中をケガした  悪いとこがないか調べてほしい
- 悪いところすべてを治療してほしい  歯並びの相談
- フッ素を塗ってほしい  学校検診の結果
- その他 (具体的にご記入ください)

### 現在、他のお医者さんにかかっていますか？

- はい (病名: 病院名: 科名: )
- いいえ

### いつからですか？

- 今日  ( ) 日前から  その他 ( )

### アレルギーはありますか？

- ある (  食べ物 )
- (  お薬 )
- ない

### 以前に歯医者さんで治療を受けたことがありますか？

- ある ( 才頃)  ない

### ケガをした時、血が止まりにくかったことはありますか？

- ある  ない

### その時の治療の様子はいかがでしたか？

- 上手にできた  嫌がった  泣いた  暴れた
- わからない  その他 ( )

### 歯を抜いたことはありますか？

- ある ( 才頃)  ない

### 歯科治療に対しお子様の様子は？

- 上手に受けられると思う  怖がっている・嫌がっている
- 泣くと思う  とても抵抗すると思う  わからない
- その他 ( )

### 1日に何回、歯を磨きますか？

- ( ) 回  朝  昼  夜

### クセはありますか？

- 指しゃぶり  爪かみ  歯ぎしり  口呼吸  唇を巻き込む

### 泣いたりぐずったりして治療が困難な場合

- 治療をやめてほしい  様子を見ながら進めてほしい
- 押さえつけてでも (保護者・スタッフ) 続けてほしい
- その他 ( )

### ご家族に歯並びの良くない人がいますか？

- いる (関係: 歯並びの状態: )
- いない

診察に対して希望がありましたら遠慮なくご記入ください。

ご署名

ありがとうございました。