

# 問診表

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 愛称 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 第 \_\_\_\_\_ 子

ご家族の状況 家族数( \_\_\_\_\_ 名)

父( \_\_\_\_\_ 歳) 母( \_\_\_\_\_ 歳) 祖父( \_\_\_\_\_ 歳) 祖母( \_\_\_\_\_ 歳)

兄( \_\_\_\_\_ 歳) 姉( \_\_\_\_\_ 歳) 弟( \_\_\_\_\_ 歳) 妹( \_\_\_\_\_ 歳) (その他 \_\_\_\_\_ )

身長 \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

電話番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先もしくは携帯電話 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ ご住所 \_\_\_\_\_

どうなさいましたか ( \_\_\_\_\_ )

当院をお知りになったのは 患者様 ( \_\_\_\_\_ ) のご紹介

開業医紹介 ( \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

歯の治療を受けたことがありますか ない

ある \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月前(協力的・泣く・暴れた・その他 \_\_\_\_\_ )

歯科医院名 \_\_\_\_\_

予防注射やお薬で副作用が現れたことがありますか ない ある( \_\_\_\_\_ )

現在、服用しているお薬がありますか ない ある( \_\_\_\_\_ )

血が止まりにくかったことがありますか ない ある

麻酔をしたことがありますか ない ある

特異体質やアレルギーありますか ない ある(喘息・じんましん・アトピー・その他 \_\_\_\_\_ )

現在、他の医者にかかっていますか ない ある かかりつけ医院名( \_\_\_\_\_ )

過去に重い病気をしたことがありますか ない ある( \_\_\_\_\_ )

輸血をしたことがありますか ない ある

慢性的な病気がありますか ない ある

妊娠中のつわりの状態はいかがでしたか 軽い 普通 重い ない

妊娠何ヶ月でご出産されましたか、また体重は \_\_\_\_\_ ヶ月 \_\_\_\_\_ グラム

初めて歯がはえたのはいつですか 生後 \_\_\_\_\_ ヶ月ころ

卒乳(母乳哺育びん)したのはいつですか \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月ころ まだしていない

以下はお子さまの生活習慣を知り診療に役立てるものです。

Q1 生活サイクルについて

・養育者の方

父母祖父母(父方母方) その他 ( )

養育者の方のお仕事

定職がある ( ) パート なし

・祖父母との同居

無有:祖父(父方・母方) 祖母(父方・母方)

・一日の飲食回数(主食を含める) 回

Q2 おやつについて

・おやつを与える方( )

・おやつの種類多いものから3つ

( ) ( ) ( )

・おやつの管理

大人が管理している 大人が管理しているが自分で出すこともある 自分で出してくる

・飲料 普段多いものから3つ

( ) ( ) ( )

・養育者の方の甘味食嗜好の傾向 なし あり

甘みを覚えた時期 歳 か月頃

・代替甘味料・キシリトールの使用 なし あり ( )

・買い置き

飲み物 なし あり

お菓子 なし あり

・お風呂上りの飲食 なし あり

Q3 食事について

・哺乳瓶・マグマグ・ストロー使用の有無 なし あり (頻度 )

・離乳食の開始時期 か月～ いつまで:

・食事量 よく食べる ふつう 食が細い ムラがある

・味付け 薄い 普通 濃い(甘・辛・塩・その他: )

・偏食の有無 なし 少しあり あり ( )

・食事時の水分摂取 なし あり ( : cc程度)

・食事中、足が床についていない はい いいえ

・いつまでも口の中に食べ物が残りなかなか飲み込まない はい いいえ

・食事時の不安や疑問点 なし あり ( )

Q4 歯みがきについて

- ・歯磨きの協力度は協力してくれる少し嫌がる抑えてみがく
- ・仕上げみがきの有無

なし

あり 仕上げみがきは誰が? : 同/日もしくは 回/週

- ・電動歯ブラシ使用せず使用している
- ・補助清掃用具（フロスなど）使用している使用せず
- ・仕上げ用の歯ブラシ使用している子どもと同じ
- ・歯みがき粉使用している( )
- ・フッ化物製剤(洗口液・ジェル・スプレー)使用せず使用している( )
- ・本人みがきの有無ありなし
- ・洗口について

ブクブクうがいができる口に含んで出すことができる口に含むが出せない

口に含むことができない

- ・歯みがきの手順 ※[ ]の中に順番をご記入ください。

[ ]本人みがき [ ]フッ化物製剤[ ]うがい[ ]仕上げみがき

Q5 お口の機能の発育について

お口がポカンとして口で呼吸をしている

鼻の病気があり耳鼻科に通院している

くちやくちやくと音をたてて食べている

いつも片側だけで噛んでいる

指しゃぶり・爪を噛む・下唇を噛む・タオルを噛む等何かお口にイれる癖がある

ない ある 以前していた ( 歳 ヶ月まで)

寝ているときは仰向けうつ伏せ横になっているわからない歯ぎしりをしている

何かご希望・ご心配なことはありますか

また診察する上でお子様の状態について伝えておいたほうがよいことがあればご記入ください

料金について聞きたい はい いいえ

治療をする場所について 全部治したい 今、気になるところだけにしたい

※明細書の発行を希望される方は口にチェックをいれてください

令和 年 月 日

お書きになった方のご署名 \_\_\_\_\_