

問診票（小児用）

記入日 年 月 日

<以下の調査事項は、よりよい診療を行うために必要な情報であり、これらが院外で使用されることはありません>

ふりがな
お名前 (愛称) 男・女

生年月日（西暦） 年 月 日 年齢 歳 ヶ月

身長 cm 体重 kg

ご住所 〒 -

電話番号 () - (携帯番号 - -)

学校名または園名（学年）

1. ご来院の理由についてお聞かせください。（○で囲んでください）

予防検診 ・ 歯みがき指導 ・ 歯並び相談 ・ むし歯の治療 ・ 歯ぐきの異常 ・ 歯の痛み ・ フッ素塗布
その他 ()

2. 当院をお知りになったきっかけは何ですか？（複数回答可）

近いから ・ ホームページ ・ 看板や建物を見て ・ チラシ ・ 他医院からの紹介 (医院)
HUGHUG、HUG TOWN ・ インスタ ・ フェイスブック ・ Youtube ・ BLW協会ホームページ
口コミ ・ 紹介（紹介者名：)

3. 歯の治療経験はありますか？

ない ・ ある（最後に治療したのは 歳 ヶ月頃 歯科医院で）

以下のa)、b)はあるとお答えの方のみお答えください。

a) 治療は上手にできましたか？

できた ・ 応急処置のみできた ・ なんとかできた ・ できなかった（理由)

b) 治療のとき麻酔の注射はしましたか？

はい ・ いいえ

4. 今までに入院や手術が必要な病気をしたことがありますか？（歯科と直接関係ないものも含めて）

ない ・ ある (歳 ヶ月頃 病名等 病院名)
(歳 ヶ月頃 病名等 病院名)

5. 現在、通院している病院がありますか？（歯科と直接関係ない発達や心疾患も含めて）

ない ・ ある (病名等 服用中の薬 病院名)
(病名等 服用中の薬 病院名)

6. 薬や食べ物のアレルギーなどがありますか？

ない ・ ある (薬物 食べ物)

7. 血が止まりにくかったことがありますか？

ない ・ ある (どんなときでしたか？)

<お子さまの生活環境についてお答えください>

8. 家族構成について

お名前	本人との続柄	年齢	職業または学校名・学年

裏面もご記入ください

9. ご家庭で主にお世話されるのはどなたですか？ 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他（ ）
10. 授乳の方法を教えてください。 母乳 ・ 混合 ・ 人口乳
11. 離乳（断乳）はいつ頃でしたか？ まだ ・ 離乳開始 歳 ヶ月 ～ 完了 歳 ヶ月頃
12. ほ乳ピンはいつ頃まで使用しましたか？ 使っていない ・ まだ使用中 ・ 歳 ヶ月頃まで使用
13. 歯をみがいていますか？ 毎日 ・ ときどき ・ みがかない
- 13-1. いつみがいていますか？（複数回答可） 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 間食後 ・ 就寝前 ・ その他
- 13-2. 誰がみがきますか？ 子どもが自分で ・ 子どもがみがいた後親がみがく ・ 親がみがく
14. 歯みがきの方法をどこかで習ったことがありますか？ いいえ ・ はい（どこで ）
15. フロス（糸ようじ）を使用していますか？ いいえ ・ ときどき ・ はい
16. 歯ブラシはどのようなものをお使いですか？ 歯科専用品 ・ 市販品（ ）
17. 今までにフッ素塗布を受けたことがありますか？
ない ・ 歯科医院で ・ 市の検診で ・ その他（ ）
18. おやつはどのようなものをよく食べていますか？（複数回答可）
アメ ・ ガム ・ チョコ ・ ビスケット ・ スナック類 ・ ヨーグルト ・ 果物
乳酸飲料 ・ 炭酸飲料 ・ スポーツ飲料 ・ ジュース ・ 麦茶等 ・ その他（ ）
19. おやつの時間は決めていますか？ いいえ ・ はい（一日 回）
20. 寝る前（歯みがきの後）や夜間に飲食しているものがありますか？ いいえ ・ はい（ ）
21. 何か癖がありますか？ ない ・ ある
（ 指しゃぶり ・ 唇をかむ ・ 爪をかむ ・ 口で息をする ・ いびきをかく ・ 歯ぎしり ）
22. 保護者の方からみたお子さまの性格は？ （ ）
23. 一日のスケジュールについて（右側におやつ・お昼寝・幼稚園保育園・学校の時間をご記入ください。）

起床 時 分頃

朝食 時 分頃

←例) お昼寝 10時30分

昼食 時 分頃

夕食 時 分頃

就寝 時 分頃

24. 当院に対するご要望やご意見がありましたらご記入ください。

ありがとうございました。