

問診票(3歳までのお子様用)

年 月 日

ふりがな	ご兄弟がいらっしゃる方		
お名前	ニックネーム	兄弟姉妹	
生年月日	性別	身長	体重
西暦 年 月 日	生まれ 才	男・女	cm kg
保護者氏名	ご住所〒	自宅 Tel	携帯 Tel
ご紹介者	当医院は何でお知りになりましたか？		
様	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他		

どうなさいましたか？ 予防をしてほしい むし歯 痛む 歯並び

それはどこですか？(本人から見て)

右上	上前	左上
右下	下前	左下

現在内科的な病気にかかっていますか？はい(病名：)

いいえ

現在毎日服用している薬はありますか？はい(薬の名前：)

いいえ

アレルギーはありますか？

はい(麻酔薬/抗生物質/鎮痛薬/金属/ゴム製品/キウイフルーツ)

いいえ

現在感染症にかかっている、もしくは疑いがありますか？

はい(B型肝炎/C型肝炎/HIV/その他)

いいえ

以前に大きなけがや病気をしたことがありますか？

はい()

いいえ

局所麻酔をしたことがありますか？

はい

いいえ

その際に御気分がわるくなったことがありますか？

はい

いいえ

主に昼間、接している人は誰ですか？ 母 父 祖父母 保育園に通っている
その他()

主に母乳でしたか？ミルクでしたか？ 母乳 ミルク 母乳とミルク混合

卒乳、断乳しましたか？ した(才 カ月)
まだしていない

おやつは食べていますか？それは何時ごろですか？

食べている()時 ()時 ()時
食べていない

何をよく食べていますか？ ()
喉が渴いた時は何を飲みますか？()

歯磨きはいつしますか？ 朝 昼 夜 就寝前 その他()

歯磨きをしないで寝てしまう事がありますか？ よくある ときどきある
ほとんどない ない

仕上げ磨きはしますか？ はい いいえ

歯磨き粉を使っていますか？何をつかっていますか？ 使っている(銘柄：)
使っていない

うがいはできますか？ できる できない

歯ブラシ・歯磨き粉以外の口腔ケアアイテムを使っていますか？

使っている(フロス/マウスリンス/フッ素洗口剤)
その他()
使っていない

指しゃぶりなどのクセはありますか？ ある()
ない

歯科医院に通ったことはありますか？ ある ない

フッ素の塗布は希望しますか？ 希望する 希望しない

その他治療に関してご希望がございましたらお書き下さい。

--