

問診票

こども用

平成 年 月 日

ふりがな		ニックネーム	性別	生年月日	年齢
お名前			男・女	昭・平 年 月 日	才
保育園 幼稚園 名		小学校名			
住所	〒 -	電話	(自宅) - - (携帯) - -		
メールアドレス	@				
保護者		続柄	上記以外に、ご連絡 がとれる電話番号	- -	

当院での受診は？ 初めて 以前に来院したことがある(年 月頃)

当院を選んでいただいた理由をお聞かせください(いくつチェックしても可)

- 家族が通院中、または以前に通院していた(お名前)
- 友人・知人の紹介や勧めで(お名前)
- 病院の先生に紹介して頂いた(病院名)(先生名)
- ホームページを見た 予防に力をいれていると聞いて
- 家から近いから 職場から近いから 看板を見た
- その他()

いまの症状と、希望する治療内容をおしえてください (いくつチェックしても可)

- | | | | | |
|--|----|----|---|--------------------------------------|
| 左上 | 上前 | 右上 | <input type="checkbox"/> 歯がいたい・しみる | <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた |
| 左下 | 下前 | 右下 | <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものが取れた | |
| | | | * 取れたものについて(色) (本日お持ちですか？ 有・無) | |
| <input type="checkbox"/> 歯をぶつけた・かけた | | | <input type="checkbox"/> 口の中を切った、けがした | |
| <input type="checkbox"/> 歯の外観がきになる | | | <input type="checkbox"/> 歯並びがきになる | <input type="checkbox"/> あごの調子が悪い |
| <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい | | | <input type="checkbox"/> 歯を抜いてほしい | <input type="checkbox"/> 歯が生えてきた |
| <input type="checkbox"/> 着色やよごれをとってほしい | | | <input type="checkbox"/> 歯ぐきの検査をしてほしい | <input type="checkbox"/> 虫歯の検査をしてほしい |
| <input type="checkbox"/> 歯の健康診断をしたい | | | <input type="checkbox"/> 虫歯になりにくい予防法を知りたい | |
| <input type="checkbox"/> 口臭がきになる | | | <input type="checkbox"/> その他 () | |

お子様は今までに歯の治療を受けたことがありますか？ ない ある (才頃)

内科的な疾患はございますか？

- ない 心臓病 腎臓病 糖尿病 肝臓病 肝炎 (型)
- 血液疾患 てんかん ぜんそく 貧血 蓄膿症
- その他 ()

現在、服用中の薬はございますか？ ない ある ⇒ (薬品名:)
※次回、お薬の説明書を受付にお渡しください

薬の副作用、アレルギー等 特別な体質はございますか？
 ない ある ⇒ (どんなものに)

お子様の体質を教えてください (いくつチェックしても可)
 アトピー体質 じんましんが出やすい (どんな時に)
 傷をしたときに血が止まりにくい その他 ()

※裏面もございます。ご記入よろしくお願い致します

次の項目で、心配なこと 気になることはございますか？ チェックして下さい。

- ①清潔さ 歯のよごれ 歯茎が赤い 腫れている 時々出血する 口臭
②美しさ 歯の色 歯の形 歯の隙間 歯の生え方
③歯の並び 歯の並びが悪い 上の歯が出ている 下の歯が出ている
 かみ合わない 笑った時の歯と歯ぐきの見え方

歯科の治療にはいろいろな選択肢があります。上記の項目(①②③)は、お子様の治療方法を決定する大事な要素です。すべてを満たすことが理想です。しかし材料や技術的な制限があります。出来る限り要望にお答えしたいと考えていますので、ご安心下さい。

お子様の歯みがきについて

- お子様 みがかない みがかく (朝・昼・間食後・夕食後・寝る前・ときどき・その他))
保護者 みがかない みがかく (朝・昼・間食後・夕食後・寝る前・ときどき・その他))

間食について 与えない 1日 回 要求する時何回でも

間食にはどんなものを与えますか？ ()

食べ物に好き嫌いがございますか？ ない ある ()

お子様は何かくせはありますか？ (いくつチェックしても可)

- ない 爪をかむ 指をしゃぶる 歯ぎしり 口唇を吸う 口唇をかむ
 指をくわえる おねしょをする おしゃぶりを使っている その他 ()

お子様の性格を教えてください (いくつチェックしても可)

- 神経質 のんびりや 人見知りする 恐怖心が強い 我が強い 泣き虫
 落ちつきがない うちべんけい 甘えっ子 その他 ()

お子様の発達状態は

- 特に進んでいる 普通 遅れている

お子様が治療中泣かれたり、あばれたりしたらどうしますか？

- 治療をやめてほしい 治療を続けてほしい

治療が必要な時にお子様嫌がって動きますと、唇や舌等が危険です。ケガをしないようにするためにも、危険な場合は、お子様の手足をスタッフが保持することがありますがよろしいでしょうか？

- よい 望まない 場合による

今、お子様はどのような状態だと思えますか？ (今回、歯の治療を受けるにあたって)

- 非常に不安がっている 不安がっている あまり緊張していない 全く緊張していない

今、あなた自身(保護者様)はどのような状態ですか？

- 非常に不安 少し不安 余り気にならない 全く気にならない

ご希望がございましたらご記入ください (いくつチェックしても可)

- この機会に悪いところは全部なおしたい 痛がる場所だけ・希望する場所だけ治したい
 転勤や引っ越しなどで 月までに治療を終わらせたい 1回の治療時間を短くしてほしい
 多少時間が長くても、一度に多くの治療を終わらせたい (お子様には難しいことがあります)
 その他 ()

水曜16:00からの小児専門外来の時間帯に通院可能でしょうか？

- はい いいえ 場合による

家族構成(同居のご家族についてチェック、人数等をご記入ください)

父・ 母・ 兄(人)・ 姉(人)・ 弟(人)・ 妹(人)・ 祖父・ 祖母
 その他(続柄)

ご記入が終わりましたら受付スタッフまで、お渡しください。