

問診票 ともも用

記入日 年 月 日

ふりがな		いつもの呼び名	性別	生年月日	年齢
お名前			男・女	平成 令和 年 月 日	才 ヶ月
学校名	保育園	幼稚園		小学校	年生
↓ 来院したことがある方は、変更があればご記入ください					
住所	〒 -		電話	(自宅) - - (携帯) - -	
前日にメールで予約のお知らせをしています。 □案内を希望する(アドレスを下記にご記入ください) □案内不要					
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	-	-

◆当院での受診について

- 来院したことがある はじめて →何でお知りになりましたか？
- 家族や知人の紹介(お名前_____)
- ホームページを見た 家から近い 看板を見た
- その他(_____)

◆来院された理由をおしえてください(例:○日前から左上が黒っぽい、前歯の歯並びが気になる、フッ素塗布など)

いつから、どこの歯が、
どのような症状ですか？ [_____]

◆内科的疾患や現在、服用中の薬はありますか？

いいえ はい(病名: _____ 薬名: _____)

◆薬の副作用、アレルギー(食品や天然ゴム)などはありますか？

ない ある ⇒ (どんなものに _____)

◆お子様の発達状態について

- 特に進んでいる 普通 お遅れている(どのような点が: _____)
- 療育手帳を持っている 養育手帳を取得する予定
- (診断を受けた病院: _____/通っている療育施設: _____)

◆診察時にお子様が嫌がって動きますと、お口にケガをする可能性があります。

ケガをしないようにするためにも、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 危険がある場合や必要最低限ならよい 望まない

◆お子様の歯みがきについて

お子様 みがかない みがく(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 みがく(朝・昼・間食後・夕食後・寝る前・ときどき・その他 _____)

お子様の糸ようじの使用 あり なし たまに

◆間食について 与えない 1日 _____回 要求する時何回でも

どのようなものを与えますか？ (_____)

◆お子様に癖などはありますか？(例:指しゃぶり 歯ぎしり 頬杖 があいているなど)

ない ある(_____)

◆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) その他 (続柄 _____)

初めてのの方は裏面もご記入ください

◆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)→どちらの歯医者さんですか？ (_____)

どのような治療を受けましたか？(_____)

*その時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

身体拘束をした 笑気麻酔をした

その他(_____)

◆今、お子様はどのような状態だと思いますか？（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

◆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

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）

その他や歯科医師に聞きたいことなどあれば教えてください

[_____]

当院では、カウンセラーによる歯科の食育（体やお口に良い食べ方、選び方）の指導や相談をしています。

ご希望の方には食に関するアドバイスをし、お子さんのお口の健康をサポートしております。

食育相談を 希望する 希望しない

ご記入が完了しましたら、受付スタッフまでお渡しください。