

# 小児用問診票

年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男 ・ 女	H・R 年 月 日 ( 歳)
現住所 〒		
電話番号	メールアドレス (携帯・パソコンどちらも可)	
携帯電話		@

1)本日は、どうなさいましたか？  
場所、いつからか等できるだけ詳しくお書きください。

2)お口のお手入れについてお伺いします。  
・歯磨きをするときは  
 起床後  食後 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 )  就寝前  その他  
・1日平均 ( ) 回 1回の時間は ( ) 分くらい  
・歯ブラシの交換頻度は？ ( )  
・歯ブラシ以外の清掃用品は  
 フロス  歯間ブラシ  その他 (歯磨剤・フッ素など商品名も分かれば記載してください。→ ( )  
・仕上げみがきはしていますか？  
 している (  起床後  食後 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 )  就寝前 )  
 していない

3)睡眠習慣についてお伺いします。  
・1日の平均睡眠時間は何時間ですか？約 ( ) 時間  
・睡眠の質はいかがですか？ ( 良好 ・ 普通 ・ 不良 )  
4)食生活についてお伺いします。  
・普段からよく飲む飲み物がありますか？  
 なし  あり (商品名などあれば具体的に記載してください)  
・間食はしますか？  
 不規則  規則正しい  あまりしない  
( 具体的内容 : )

5)現在治療中の病気はありますか？  
※過去にかかった病気については次の設問でお伺いします。  
 あり (病名を御記載ください【複数選択可】)  なし  
 喘息  心臓病  血液疾患  アトピー性皮膚炎  
 その他 ( )

6)過去にかかったことのある病気はありますか？  
 あり  なし  
「あり」の方...病名をご記入ください。 [複数選択可]  
 喘息  心臓病  血液疾患  アトピー性皮膚炎  
 その他 ( )

7)アレルギーはありますか？  
 あり  なし  
「あり」の方...アレルギーの種類をご記入ください。 [複数選択可]  
 食品 ( )  
 金属 ( )  
 薬 ( )  
 その他 ( )

8)服用中のお薬はありますか？  
 なし  あり (薬名 : )  
 お薬手帳持参

9)歯医者にかかるのは初めてですか？  
 はい  いいえ

10)歯科での麻酔の経験はありますか？  
 あり  なし  不明  
「あり」の方へ...麻酔を経験されたとき異常はありましたか？  
 あり (具体的内容 : )  
 異常 なし

11)抜歯の経験はありますか？  
 あり ・ なし ・ 不明  
「あり」の方へ...抜歯を経験されたとき異常はありましたか？  
 あり (具体的内容 : )  
 異常 なし

12)歯磨きの指導を受けた経験はありますか？  
 あり  なし  不明  
「あり」の方へ...歯磨きの指導はどこで受けましたか？  
 当院にて  別の医院にて  学校にて

13)治療についてご希望はありますか？ [複数選択可]  
 問題のあるところはすべて治したい  
 気になっているところだけを治したい  
 相談して決めたい  
 応急処置のみ  
 メンテナンス

14)これまでの歯科治療や治療説明などで何か怖かったことや不安に感じたことはありますか？  
 なし  あり ( 具体的内容 )

15)希望の予約日時があればお答えください。 [複数選択可]  
曜日：  月  火  水  金  土  いつでも  都度相談  
時間：  午前  午後  夕方  夜  いつでも  都度相談

16)その他何かございましたらご記入下さい。



ご協力  
ありがとうございました  
花 沢 歯 科 ・ 矯 正 歯 科

