

## こども用問診票

ふりがな				平・令	
氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( )才
住所	〒			自宅電話	
				携帯電話	
身長	cm	体重	kg	園名	学校名

●本日はどうなさいましたか

●今まで歯科医院で治療を受けたことはありますか

いいえ はい (いつ頃: \_\_\_\_\_ 内容: \_\_\_\_\_)

●歯科麻酔を使用したことがあります

いいえ はい (異常なし・異常あり)

●現在または過去に内科的な病気はありますか

ない はい ( \_\_\_\_\_ )

●現在薬を飲んでいますか いいえ はい(薬の名前 \_\_\_\_\_)

●アレルギーはありますか

ない ある ( ゴムラテックス 薬 金属 ヨウ素、ヨード その他( \_\_\_\_\_ )

●かかりつけ医院、通院中の病院はありますか(病院名 \_\_\_\_\_)

●食生活について

・お家ではどのような飲み物を飲んでいますか

水 お茶 牛乳 イオン飲料 乳酸菌飲料 野菜ジュース 果物ジュース  
炭酸ジュース その他 ( \_\_\_\_\_ )

・お家ではどのようなおやつを食べますか ( \_\_\_\_\_ )

・間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

●お口のお手入れについて

・歯みがきをする時は 起床後 食後(朝・昼・夕) 就寝前

・一回の時間は ( \_\_\_\_\_ )分くらい

・歯ブラシ以外の清掃用品は フロス 歯間ブラシ その他

●歯みがきをしないで寝てしまうことがありますか いいえ はい

●仕上げ磨きをしていますか いいえ はい 主に誰がやっていますか ( \_\_\_\_\_ )

●治療方針についておたずねします

気になっているところだけ治療したい 悪いところがあれば指摘してほしい

●治療についてのご要望・質問があればお書きください