

小児歯科診療問診表

令和 年 月 日

フリガナ	
患者さん氏名	愛称 ちゃん くん 男・女
生年月日 H・R 年 月 日 (歳 カ月)	電話番号
保護者住所 〒	携帯電話 (保護者の方)
保護者氏名	紹介者
ホームページを見て来院されましたか?	はい・いいえ

この記録は、治療の参考になるものです。秘密は厳守致します。できるだけ正確にお書き下さい。

[お子様の今までの成長についてお伺いします。]

- ごきょうだいはいますか。 (いない)
()人きょうだいの()番目
- 今までに薬や食物に対してアレルギー反応を示されましたか。 (ある・ない)
あるの場合・・何に _____
- 今までに何か大きな病気をしましたか。 (ある・ない)
あるの場合 病名 病院名 _____
- 現在通院していますか。
あるの場合 病名 病院名 _____
- お子様は今までに歯科の治療を受けたことがありますか。 (ある・ない)
- その時は十分な治療ができましたか。 (できた・泣きながらでもできた・あばれたができた・
応急処置のみ・できなかった)

[お子様の現状についてお伺いします。]

- 今日はどうされましたか。 虫歯・歯の清掃・検査・歯並び・その他()
- 現在歯が痛みますか。 (はい・いいえ)
 - 痛みや異常があるのはどこですか。 右上奥 上前 左上奥
右下奥 下前 左下奥
 - 何かくせはありますか。
指しゃぶり・爪をかむ・唇をかむ・歯ぎしりをする・タオルをくわえる
いつまでも食物を口に入れている・その他()

4. おやつはどんなものを食べたり飲んだりしていますか。

あめ・チョコ・ガム・ビスケット・おせんべい・ジュース・炭酸飲料・ポカリスエット
乳酸飲料・果物類・ヨーグルト・その他()

5. おやつを与える時間を決めていますか。(はい・いいえ)

6. 歯を磨いていますか。(毎日・ときどき・磨かない)

7. 歯をいつ磨きますか。(朝・夜・毎食後・その他())

8. だれがお子様の歯を磨きますか。(子供が自分で・子供が磨いた後親が・親が磨く)

9. ハミガキ粉は使いますか。(使う・使わない)

10. もどすことはありますか。(ある・ない)

11. どのような治療をご希望ですか。
・今痛んでいるところだけ治したい
・悪いところは全部治したい

[お子様の性格についてお伺いします。]

当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可)

積極的・明るい・活発・にぎやか・消極的・少しおとなしい・泣き虫・気が小さい・恐がり
その他()

[治療に対してのご要望についてお伺いします。]

- ・特に心配はないので通常どおりの治療で構わない
- ・少し心配なので、治療のときは一緒にいてあげたい
- ・多少泣いてもそのまま治療を続けて欲しい
- ・泣いてしまったら、少し休ませてから治療して欲しい
- ・泣いたり、ひどく恐がる場合は治療を中止して欲しい
- ・その他()

[その他に何かありましたらお書き下さい。]

お母さんが恐がるとお子様も恐がります。おうちではお子様を不安がらせるようなことは言わないようにして下さい。