

小児用(中学生以下)問診票

記入年月日: 20 年 月 日

治療の参考にしますので以下の質問に、正しくお答え下さい。
小さなお子さまの場合、保護者・付き添いの方がご記入下さい。
(□の中にチェックして下さい)

当院を何で知りましたか?
(○で囲って下さい)
電話帳・電柱看板・他院の紹介
インターネット・知り合いの人
近所だから・その他()

ふりがな

1. 御氏名: _____ 学年: _____
本日付き添いで来られた方のお名前:
郵便番号:
ご住所: _____
電話: _____ 保護者携帯電話: _____ ご紹介者:

小学生以下のお子さま; 身長: _____ 体重 _____

2. 今日はどうしましたか?

- 歯が痛い (冷たいものがしみる. ズキズキする 腫れている)
 歯が揺れている つめたもの、かぶせたものがとれた
 口の中に異常がある ()
 アゴの関節に異常がある (痛い 音がする 開かない その他)
 かみ合わせ・歯並びが悪い 矯正治療を受けたい 検診
 その他 ()

3. ご本人にアレルギーはありますか? (ショックを起こすと致死的です。正確に記載下さい)

- いいえ はい 薬 ()
 いいえ はい 食べ物 ()
 いいえ はい その他 ()

4. ご両親、祖父母、ご親戚の方にアレルギーはありますか? いいえ はい

「はい」の方は具体的にお書き下さい

()

5. 歯の治療の時に気分が悪くなったことがありますか? いいえ はい

局所麻酔の注射を受けたことがありますか? いいえ はい

局所麻酔の注射で異常がありましたか? いいえ はい

歯を抜いたことがありますか? いいえ はい

歯を抜いたときに異常がありましたか? いいえ はい

6. 傷ができた時、血が止まりにくかったことがありますか? いいえ はい

7. 現在通院している病院、診療所はありますか? いいえ はい

「はい」の方は病名をお書き下さい

()

8. 現在、何か薬を飲んでいますか? いいえ はい

[_____]

抗血小板薬、舌下免疫治療薬使用中に抜歯をして、重篤な状態になると報告があります。

9. 次の病気になったことがありますか? または、現在かかっていますか? 疑いも含めて下さい

- 心臓病 高血圧症 糖尿病 肝臓病 腎臓病 胃腸病 悪性腫瘍
 リウマチ ぜんそく 貧血 肺結核 性病 B型肝炎 C型肝炎 てんかん
 自律神経失調症 精神神経病、 HIV 矯正治療中 適応障害 自閉症
 発達障害 ADHD その他 ()

裏面もありますので、忘れずにご記入下さい

10. いままでになにか手術を受けたことがありますか？ いいえ はい

11. 輸血を受けたことがありますか？ いいえ はい

12. 泣いたり嫌がっていても治療をしてもよろしいですか？

いいえ はい

13. 治療時に痛みを伴う場合には局所麻酔の注射をして治療しても宜しいですか

いいえ はい

14. 睡眠時間は平均何時間ですか？

7時間以下 7～8時間 8時間以上

15. 歯磨きをどれくらいしていますか？

週に1回 週に2～6回 1日に1回 1日に2回

1日に3回以上 月に4～5回

16. 一回の歯ブラシの時間はだいたい何分位ですか？

1分以内 1～3分 3～5分 5分以上

17. お子さまの場合、保護者の方が仕上げ磨きやチェックをしていますか？

いいえ はい

18. 歯ブラシ以外に使用されている器具はありますか

いいえ はい (糸ようじ・歯間ブラシ・うがい薬・電動ブラシ)

19. おやつ時間は決まっていますか

いいえ はい

20. おやつ時間が決まっている場合、それはいつですか？

1日3回以上 1日2回くらい 1日1回くらい

21. 甘いお菓子や甘いジュースやスポーツドリンクは好きですか？

いいえ はい なるべく与えないようにしている

おやつは主にどなたがお子さまにあげていますか？

母親 祖父母 その他

22. 特に好んで食べるおやつ・飲み物は何ですか？

[]

23. フッ素の歯面塗布は希望しますか？(埼玉県の条例でフッ素の応用が記載されている)

いいえ はい

24. 衛生士による歯ブラシの指導・口腔衛生指導・食生活指導を希望しますか？

いいえ はい

希望される場合、指導時に歯垢の染色(赤色)をしてもよろしいですか？

いいえ はい

25. 歯の表面に深い溝がある場合、そこから虫歯になります。その溝を埋めて虫歯を予防する予防充填処置:シーラント(保険で)を希望しますか？

いいえ はい

26. 治療についてのご希望は？

すべて保険で治療したい 自費でも予防処置や審美治療も希望する

なるべく保険の範囲で、効かないところは自費で

自費でも構わない 相談して決めたい

27. 最近あるいは最後に歯科にかかったのはいつですか？ 日前、 カ月前 年前

28. かかりつけの歯科医院はありますか？ いいえ はい 歯科医院名:

29. その他ご要望があれば下記にお書きいただくか、担当医にお申し付け下さい