

小児問診表

大宮なりた歯科医院

フリガナ		男	生年月日 (満 才)
お名前		女	平・令 年 月 日
ご住所	〒		連絡先 ()

●いかがされましたか？
歯が痛い むし歯がある 検診 フッ素希望 歯ならび
その他()

●場所はどこですか？ 右上奥 前上 左上奥
右下奥 前下 左下奥 その他()

●いつからですか？ ()日前・()週間前・()ヶ月前

●今までに歯科の治療をうけたことがありますか？
なし ある ⇒ その際十分な治療ができましたか？(できた ・ 応急処置のみ ・ できなかった)

●今までにかかった病気は？ なし ある ⇒ 病名()

●現在飲んでいる薬はありますか？ なし ある ⇒ ()

●何かアレルギーはありますか？ なし ある ⇒ ()

●何か癖はありますか？
なし 指しゃぶり 爪を噛む 唇を噛む タオル等くわえる 歯ぎしりをする
その他()

●おやつ回数と時間は決めていますか？ いいえ はい(回)

●おやつはどんなものを食べていますか？
アメ ガム ソフトキャンディ チョコレート グミ ラムネ 果物 芋
パン類 和菓子 洋菓子(クッキー・ケーキ等) スナック菓子 アイス ヨーグルト
その他()

●普段どのようなものを飲んでいますか？
水 麦茶 お茶 紅茶 コーヒー 牛乳 ジュース 炭酸飲料
乳酸飲料 スポーツドリンク 野菜ジュース その他()

●一日に歯を磨くのは？ 1日 回(いつ磨いていますか？…朝 昼 間食 夜 就寝前)

●仕上げ磨きはされていますか？ 毎日 時々 子供に任せている(才から)
(仕上げ磨きの際、お子様の様子は？ 嫌がる 嫌がらない)

●歯磨き粉を使用していますか？ 不使用 使用(品名:)

●ご来院のご都合の良い曜日・時間帯

	月	火	水	木	金	土	日
午前				/			/
午後				/			/
17:00以降				/			/

その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入ください

