

問診票 (1歳～12歳までの方)

途中 (1・2・口腔機能) ・済

お口の中の健康状態を診断するのにあたり、以下の質問は重要な資料となりますので、
正確にお答えくださいますようお願い申し上げます。

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	H・R 年 月 日 (歳)
住所	(〒 -)		
電話	通常連絡先	緊急連絡先	(本人携帯・< >携帯)
メール			
お子様は何人兄弟の何番目ですか？ (人 番目)		記入者 本人・その他 (関係 ())	
家族構成	(同居→○ 同居ではない→△) 祖父・祖母・父・母・子 (人)		

1. どうなさいましたか。簡単にご記入ください。

特になし・現在治療中のところ

お困りの部位は？

どのような症状がどのような時にありますか？

お痛みはありますか？ 大変痛い・痛い・少し痛い・痛みはない

2. 現在何かの病気で医師の治療を受けていますか？または持病がありますか？

はい・いいえ

はいの方→

病名

病院名

3. お薬は飲まれていますか？ (漢方薬・サプリメント類も含めてお答えください。)

はい (□お薬手帳あり) ・ いいえ

はいの方→

理由

薬品名

お薬手帳をご提示の方は

☐コピー済

ご記入の必要はありません。

4. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

はい・いいえ

はいの方は当てはまる番号に○をしてください。

- 1.心臓疾患 2.B型肝炎・C型肝炎 3.腎臓疾患 4.胃腸疾患 5.糖尿病 6.血液疾患
7.貧血 8.リウマチ 9.結核 10.内分泌疾患 11. アトピー 12.喘息
13.肝臓疾患 14.HIV 15.パーチェット病 16.その他 ()

5. 外傷、大きな怪我、顎関節症などの既往はありますか？

はい・いいえ

はいの方は具体的にご記入ください。 例) ○か月前に遊具で上の前歯を強打した。

()

6. 歯科医院ははじめてですか？

はい・いいえ

7. 過去に歯科治療又は歯科麻酔使用後に体の具合が悪くなったことはありますか？

はい・いいえ

8. 過去に歯を抜いたりケガをしたあと、血が止まりにくかったことはありますか？

はい・いいえ

9. 薬や食べ物、ヨードやゴムで蕁麻疹、その他の異常な反応が起こったことはありますか？

はい・いいえ

10. ご希望の曜日、時間帯があれば印をつけてください。 例)

月 火 木 金 土

9:30 10:30 11:30 12:30

14:30 15:30 16:30 17:30 18:30

--	--	--	--

--	--	--	--	--

※2枚目もご記入ください

受付時間

AM 9:30~12:00

PM 14:30~18:00

土曜日は

AM 9:30~12:00

PM 14:00~16:30

日曜・水曜・祝日は休診

11. 歯並びやかみ合わせで気になるところはありますか？

はい・いいえ

具体的に記入してください。()

12. なにか癖はありますか？ (当てはまる番号に○をしてください。)

1. 特になし 2. 指しゃぶり 3. 爪かみ 4. タオル等物をかむ 5. 唇をかむ 6. 唇を吸う
7. 口で息をする 8. おしゃぶりをを使う 9. うつぶせ寝 10. 頬杖をつく 11. はぎしり、くいしばり
12. その他 ()

13. 最近2週間の体調についてお伺いします。(当てはまる番号に○をしてください)

1. 良好 2. 普通 3. 不良

不良の方は具体的に記入してください。例) 微熱が続いている。下痢が続いている。よく眠れない。
()

14. 当医院をお選びいただいた理由

1. 近いから 2. 健康についての知識が得られると聞いたから 3. 丁寧に説明してくれると聞いたから
4. 知人、ご家族の紹介 (氏名) 5. ホームページをみて
6. ネット検索 7. Instagram、Facebook 8. 日本歯科医療評価機構
9. 歯科医院からの紹介 (医院名)

15. 当医院では予防に力を入れています。お口のお手入れに関して教えてください。

(□にチェック、またはカッコ内にご記入をお願いします。)

- ・ 歯磨きするのは □起床後 食後 (□朝□昼□夜) □就寝前
- ・ 1回の時間は () 分ぐらい
- ・ 歯ブラシ以外にお使いのものがある方はご記入ください。

	使用頻度			使用するタイミング			
デンタルフロス	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に何度か	<input type="checkbox"/> 月に何度か	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> その他
糸状ようじ	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に何度か	<input type="checkbox"/> 月に何度か	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> その他
歯間ブラシ	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に何度か	<input type="checkbox"/> 月に何度か	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> その他
ワンタフト	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に何度か	<input type="checkbox"/> 月に何度か	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> その他

- ・ 歯磨剤は使いますか？ □使わない □使う (□ジェル □うがい用 □歯磨剤 (すすぎは1回))
- ・ 仕上げ磨きはしていますか？ □しない □する
- いつしますか？ □朝 □昼 □夜 □就寝前 □その他 ()
- どのくらいの頻度ですか？ □毎日 □週に何度か □月に何度か

16. 睡眠時間は一日どのくらいですか？ 約 () 時間 (就寝 時～起床 時)

17. 食生活に関してご記入ください。

- ・ 食事は一日 () 回
- ・ 食事以外の時によく飲む飲み物がありますか？
□なし □あり (一日 回/何が多いですか？)
- ・ 間食はとりますか？
□ほとんどとらない □規則的にとる □不規則にとる
一日 回/何が多いですか？)

18. その他、治療に関しての希望や、注意してほしいこと、疑問な点があればご記入ください。