

# 問診票 (12歳以下)

名前

生年月日

幼稚園・学校名: \_\_\_\_\_ 人きょうだいの \_\_\_\_\_ 番目 愛称: \_\_\_\_\_

保護者名: \_\_\_\_\_ (母・父・祖母・祖父・ \_\_\_\_\_)

家族構成 (同居) 母 父 兄弟・姉妹 ( \_\_\_\_\_ ) 祖父 祖母

## ■どうなさいましたか？(いくつでも)

- むし歯がある 歯が(噛むと痛い・何もしなくても痛い・その他 \_\_\_\_\_) 歯並び相談  
健診後(学校・幼稚園・その他 \_\_\_\_\_) 外傷 予防 着色 歯石  
その他( \_\_\_\_\_ )

## ■現在かかっている疾患はありますか？

- 心疾患 ぜんそく けいれん アレルギー( \_\_\_\_\_ ) その他  
( \_\_\_\_\_ )

## ■服用中のお薬はありますか？ ※お薬をのまれている場合、「お薬手帳」をご用意ください

- ない  
ある( \_\_\_\_\_ 科のお薬 薬名 \_\_\_\_\_ )

## ■歯科にかかるのは初めてですか？

- はい  
いいえ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月以来 医院名 \_\_\_\_\_ )

## ※はいの方へ

お子さんが辛い思いや、親御さんが心配・不安に感じた事

( \_\_\_\_\_ )

## ■治療をどのような状態で受けられますか？

- 治療・説明とも付き添いを希望する  
治療は一人で受けられるが説明は付き添いを希望する  
治療・説明とも一人で受けられる

以下は普段の生活についてお尋ねします(できるだけ正確にご記入ください)

## ■歯みがき

- 起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前 していない  
歯ブラシ 電動歯ブラシ を使用し、1回 \_\_\_\_\_ 分位かけてブラッシング

## ■間食をされますか？

- しない する ( 規則的・不規則 よく食べるもの \_\_\_\_\_ )

## ■よく飲む飲み物

- お水 お茶 コーヒー ジュース 炭酸飲料 乳酸菌飲料 その他  
( \_\_\_\_\_ )

■睡眠時間 約 \_\_\_\_\_ 時間 ■同居している方で喫煙者は いない いる (続柄 \_\_\_\_\_)

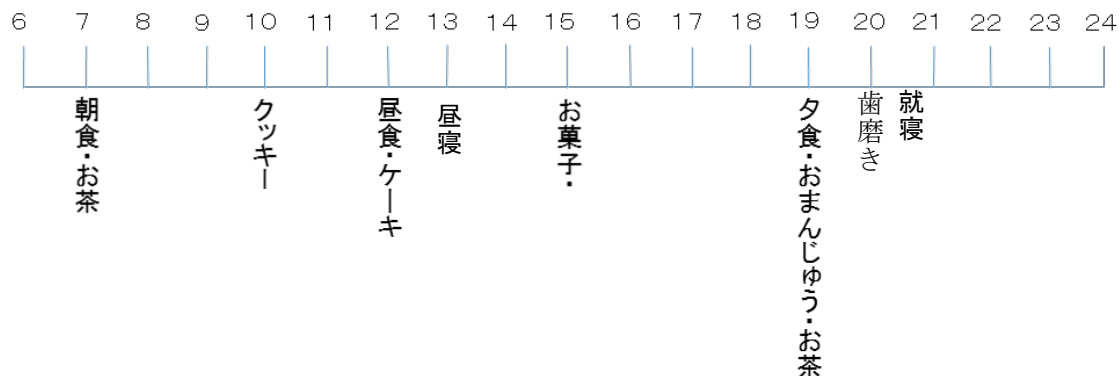
## ■その他治療にあたってご希望・伝えておきたいことがございましたらご記入ください

1日の飲食回数(食事・間食等)について教えてください。

(ジュース・砂糖入り飲料も含めてご記入をお願いします。)

起床、就寝、お風呂、昼寝、歯磨きについてもお書きください。

<例>



おやつについて

おやつを与える方 ( ) ( )

甘みを覚えた時期 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃

おやつの種類について ( ) ( ) ( ) 多いものから3つ

代替甘味料・キシリトールの使用について \_\_\_\_\_

おやつの管理について ・ 大人が管理している ・ 大人が管理しているが、自分で出すこともある  
・ 自分で出してくる

買い置きについて 飲み物：あり ・ なし お菓子：あり ・ なし

飲料について 普段 ( ) ( ) ( ) 多いものから3つ

風呂上がりの飲食について なし ・ あり ( ) ( )

療育者の甘味嗜好傾向 なし ・ あり

歯ブラシについて

仕上げよう歯ブラシ 使用している ( ) 子供と同じ

フロスの使用 使用している ・ 時々 ・ 使用していない

フッ化物製剤 使用している ( ) 使用していない

ご協力ありがとうございました。