



記入日： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

呼び名： \_\_\_\_\_

# 小児用歯科問診票

1. 本日はどうなさいましたか？

むし歯を治してほしい 歯が痛い 歯茎が腫れている 歯並びの相談  
定期健診 フッ素塗布希望 歯をぶつけた・ケガをした 歯の掃除  
その他、具体的に \_\_\_\_\_

3. いつから症状があるか、痛みがある場合どんな痛み方を教えてください

今日から 数日前から 数年前から 痛みはない  
ズキズキ痛い 咬んだときに痛い しみる 痛いときがある

4. 最後に歯科を受診されたのはいつですか？

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_ヶ月前～  
内容： 健診 フッ素塗布 歯の掃除 治療 矯正相談  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

10. お子様の性格、診療時の様子を教えてください。

人見知り 慎重 怖がり (初めての場所が苦手) 活発 (落ち着きがない)  
協力的 (診療台に座れる) 泣いた 診療台にじっとしていらなかった  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. 治療で麻酔をしたことはありますか、そのとき副作用はありましたか？

ない ある (直近の時期 \_\_\_\_\_)  
副作用は なかった あった (詳細 \_\_\_\_\_)

5. 通院中 (治療中) の病気、これまでに罹った大きな病気はありますか？

喘息などの呼吸器疾患 先天性心疾患 アレルギー性疾患 その他 (手術等)  
疾患について具体的に教えてください \_\_\_\_\_

6. 抜歯やケガの際、血が止まりにくかったことはありますか？

ない ある (詳細 \_\_\_\_\_)

7. 現在服用中の薬剤、サプリメントはありますか？定期的に注射を打っておられる方もお書きください **受診当日はお薬手帳をお持ち頂けますと安心です。**

ない ある 具体的に \_\_\_\_\_

8. 薬を飲んで副作用がでたこと、食べ物に対してアレルギーはありますか。

(抗生物質、麻酔薬、ラテックス、金属アレルギー (ニッケル等) など)

ない ある (具体的な薬、食べ物 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_)

氏名： \_\_\_\_\_

9. 日常の癖、習慣はありますか

指しゃぶり      爪かみ      舌を出す癖      唇を吸う      いつも開口している      歯ぎしり  
睡眠時のいびき      口呼吸      発音      猫背      頬杖      うつぶせ寝      食べこぼし  
音を立てて食べる      食事に時間がかかる      その他

11. 発達・行動面の留意点

特になし      自閉症スペクトラム      注意欠如・多動症 (ADHD)      発達障害  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

12. 生活習慣について教えてください

・ 歯磨きは1日 \_\_\_\_\_ 回      起床時      朝食後      昼食後      夕食後      就寝前  
・ 歯ブラシ以外に使うもの      歯間ブラシ      糸ようじ      フロス      うがい薬  
・ 保護者が仕上げ磨きをしている      はい      いいえ

13. おやつ・甘い飲み物の頻度

甘いお菓子は：      ほとんど食べない      1日1～回程度      頻繁に食べる  
甘い飲み物（ジュース等）：      ほとんど飲まない      1日1～回程度      よく飲む

14. 卒乳はいつされましたか？

( \_\_\_\_\_ ) 歳 ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月頃      まだしていない

15. 当院のレントゲン機器は骨の中のこれから萌出してくる永久歯の状況、歯並びの確認のために低い線量で単純X線撮影・CT撮影することができます。撮影を希望されますか？

はい      いいえ

15. 通院しやすい日時を教えてください

平日 ( \_\_\_\_\_ 午前 / \_\_\_\_\_ 午後 / \_\_\_\_\_ 夕方以降)、土曜 ( \_\_\_\_\_ 午前 / \_\_\_\_\_ 午後)  
特になし (いつでも可)

16. 当院を知ったきっかけを教えてください

紹介      家族      知人      友人      紹介者名前 \_\_\_\_\_  
ホームページ      Instagram      看板      家・学校が近い      その他

17. ご要望がありましたら教えてください

(特に希望する治療内容や不安なこと、要望 (例: 「麻酔が苦手」「できるだけ抜歯したくない」「泣いてしまうかもしれません」「フッ素塗布のみ希望」等) があれば具体的にお書きください。)