# 問診表（小児用）

| | |
|---|---|
| ふりがな | |
| お名前 | 男<br>女<br>愛称（　　） |
| 住　所 | 〒 |
| 生年月日 | 昭･平　　年　　月　　日（　　歳） |
| 電話番号 | |
| 学校<br>幼稚園・保育園名 | |

**１本日　来院された理由は？**

□歯が痛い　　□虫歯がある
□歯ぐきが腫れた　　□つめ物がとれた
□歯並びが気になる　□歯をぶつけた
□歯科検診　　□クリーニング
□検診用紙をもらった
□その他（　　）

**２ 今まで歯医者にかかったことはありますか？**

□はじめて
□ある
（一番最近はいつ頃ですか：　　）

**『ある』と答えた方に質問します**

**その時のお子さんの様子は？（複数回答可）**

□嫌がらなかった
□嫌がった　　□嫌がったが治療はさせた
□治療させなかった　□泣いた　□暴れた

**今までに受けた事のある処置を教えてください**

□麻酔をした　□けずってつめた
□神経を取る処置をした □薬を塗った
□フッ素を塗った　□歯を抜いた

**３ 今まで大きな病気にかかられたことはありますか？**

□いいえ
□はい（病名：　　いつ頃：　　）

**４ お子さんの全身状態について**

□特にない
□アトピー性アレルギーがある
□じんましん、湿疹がでる
□薬の副作用がでた事がある
（いつ頃：　　薬：　　）
□けがなどの時出血しやすい
□その他、気をつけてほしい事など
（　　）

**５ 衛生状態についておたずねします(複数回答可)**

◇歯磨きは１日何回していますか　（　　）回
◇歯磨きはいつしていますか
□朝　□朝食後　□昼　□夜
◇現在お使いの口腔衛生用品について
□歯ブラシ　　□電動歯ブラシ　　□歯間ブラシ
□デンタルフロス　　□洗口剤　　□フッ素
□その他（　　）

**６ その他お子さんについて知っておいてほしい事や診察時に希望する事があればお書きください**

（　　）

**7虫歯の予防処置を希望しますか？**

□希望する　　□希望しない

**8 お子さんを虫歯や歯周病から守るには、早期発見、早期治療が大切です。**
**当院ではそのために、ご希望の患者さんには定期的な検診を行っています。**

□定期健診を希望する　□定期健診を希望しない