

令和 年 月 日

予診票(小児用)



成城7丁目かおり歯科クリニック

ふりがな ご氏名	愛称(あれば)	生年月日 平・令 年 月 日 (才)
ご住所 〒		自宅 ()
保育園・幼稚園・小学校		保護者勤務先 ()
保護者氏名		保護者携帯 ()
ご紹介者 様(続柄)		

★次の質問は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは厳守いたしますので、お手数ですができるだけ正確に記入して下さい。

どこが痛みますか	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> あご	左上 前上 右上 左下 前下 右下
いつから痛いですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々	
どのように痛いですか	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ずっと痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> その他()	
治療をご希望をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 痛い所だけでよい <input type="checkbox"/> 検査をしたい <input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い、腫れた <input type="checkbox"/> 口の中が臭い <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> つめ物・差し歯・かぶせ物をキレイにしたい <input type="checkbox"/> その他()	
治療時間は	<input type="checkbox"/> () 曜日がよい <input type="checkbox"/> () 時頃がよい <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間が長くても治療回数が少ないほうがよい <input type="checkbox"/> 治療回数が多くても1回の治療時間は短いほうがよい	
健康保険と自費治療について	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 自費で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険がきかない所はよく相談して決めたい	
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良	
内科的な病気はありますか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ () <input type="checkbox"/> ない	
他の医院に通院していますか	<input type="checkbox"/> はい(病院名 / 科) <input type="checkbox"/> いいえ	
服用しているお薬について	<input type="checkbox"/> 薬を飲んでいない <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる ⇒ 薬品名() <input type="checkbox"/> 副作用がある ⇒ <input type="checkbox"/> 胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 発疹が出る(じんましん等) <input type="checkbox"/> 副作用がない <input type="checkbox"/> その他()	
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出る <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> その他()	
当院を何でお知りになりましたか(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 前を通過 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 検診カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> その他()	
予約前日に確認のショートメールをお送りしてよろしいですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
むし歯になるリスクを知るためのだ液検査に興味ありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

裏面に続きます。

最後に歯科にかかったのは	<input type="checkbox"/> 年 月ごろ <input type="checkbox"/> 覚えていない <input type="checkbox"/> はじめて
歯を抜いたとき、異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> 歯を抜いたことはない <input type="checkbox"/> 覚えていない <input type="checkbox"/> 異常があった⇒ <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 何日も痛んだ <input type="checkbox"/> 異常はない <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他()
歯科で麻酔をしたとき、異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> 麻酔をしたことはない <input type="checkbox"/> 覚えていない <input type="checkbox"/> 異常があった⇒ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 効かなかった <input type="checkbox"/> 異常はない <input type="checkbox"/> その他()
歯磨きはいつしますか?	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> その他()
何分くらい磨きますか?	<input type="checkbox"/> 1分 <input type="checkbox"/> 2分 <input type="checkbox"/> 3分 <input type="checkbox"/> 4分以上
歯磨きせず寝る事がありますか?	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
仕上げ磨きはしますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
歯磨き粉を使っていますか?	<input type="checkbox"/> 使っている(銘柄:) <input type="checkbox"/> 使っていない
歯ブラシ・歯磨き粉以外の口腔ケアアイテムを使っていますか?	<input type="checkbox"/> 使っている(フロス/マウスリンス/フッ素洗口剤) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 使っていない
おやつ(間食)は食べますか?	<input type="checkbox"/> 食べる <input type="checkbox"/> 食べない
おやつの時間は決めていますか?	<input type="checkbox"/> 決めている()時()時()時 <input type="checkbox"/> 決めていない
間食で何をよく食べていますか?	<input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> せんべい <input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> 飴・グミ・キャンディ <input type="checkbox"/> 手作りのおやつ <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> その他()
どのようなものを飲みますか?	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> スポーツドリンク <input type="checkbox"/> フルーツジュース <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> その他()
指しゃぶりなどのクセはありますか?	<input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない
治療時にふだんと違う様子になりますか?	<input type="checkbox"/> 暴れる <input type="checkbox"/> ぐずる・泣く <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特にない
フッ素の塗布は希望しますか?	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

●3歳までのお子さまについて

主に昼間、接する人は誰ですか?	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> その他()
母乳/ミルクのどちらですか?	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 母乳とミルク混合
卒乳、断乳しましたか?	<input type="checkbox"/> した(才 月) <input type="checkbox"/> していない
うがいはできますか?	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない

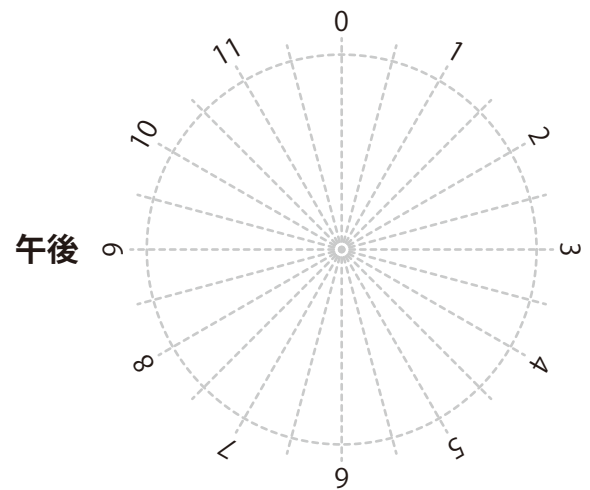
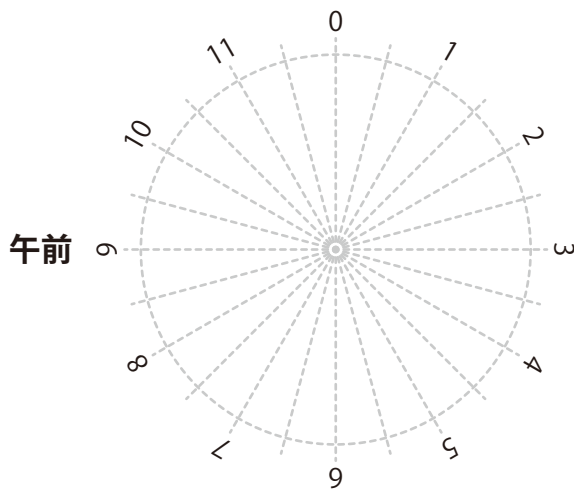
●4歳以上のお子さまについて

食事は3食食べていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
大人と同じものを食べていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
どのくらいの時間で食べ終わりますか?	<input type="checkbox"/> 10分以内 <input type="checkbox"/> 15分以上 <input type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 30分以上

その他ご希望などありましたらお書きください

■ 1日のスケジュール

- ・睡眠、食事、間食、歯みがきについては必ず記入してください
- ・学校、遊び(屋内/屋外)、運動、入浴、勉強、塾、習い事、クラブ活動などについても記入してください



■ ご家族のお口の状況について

・わかる範囲でご記入ください

父方：祖父 むし歯：ない少ない多い 入れ歯/ブリッジ 総入れ歯 インプラント 臭

父方：祖母 むし歯：ない少ない多い 入れ歯/ブリッジ 総入れ歯 インプラント 臭

母方：祖父 むし歯：ない少ない多い 入れ歯/ブリッジ 総入れ歯 インプラント 臭

母方：祖母 むし歯：ない少ない多い 入れ歯/ブリッジ 総入れ歯 インプラント 臭

父 むし歯：ない少ない多い 入れ歯/ブリッジ 総入れ歯 インプラント 臭

歯みがき：熱心普通不熱心 間食：少ない多い

母 むし歯：ない少ない多い 入れ歯/ブリッジ 総入れ歯 インプラント 臭

歯みがき：熱心普通不熱心 間食：少ない多い

兄弟 むし歯：ない少ない多い 入れ歯/ブリッジ 総入れ歯 インプラント 臭

歯みがき：熱心普通不熱心 間食：少ない多い

その他ご希望などありましたらお書きください

★お願い…疲労、発熱、頭痛、吐き気、睡眠不足など、体の不調な日は、必ず診療前に医師にお申し出下さい。
ご記入ありがとうございました。