

問診票 (お子様用)



大久保歯科
Okubo Dental Clinic

記入日 年 月 日

お名前 フリガナ _____	男・女	愛称 _____	好きな事/物 _____
		H R 年 月 日生 (歳 ヶ月)	
ご住所〒 _____	ご自宅TEL _____		
		携帯TEL _____	
Email _____ @ _____	LINEを使用していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
保育/幼稚園名 学校名 _____	兄/姉 (人) ・ 弟/妹 (人) ・ 一人っ子		

1.ご家族の方で、当院に通われている方はいらっしゃいますか? ※通われている方全員のお名前と族柄をお願いいたします
いいえ はい (お名前・族柄 _____)

2.ご家族が通っている以外で当院をお選びいただいた理由があればお聞かせください(複数回答可).

- インターネット (検索ワード _____) Googleコミ ホームページ
Instagram 医院を見て ご自宅に近い
知人からのご紹介 (_____ 様) その他 (_____)

3.本日はどうなさいましたか?

- 歯が痛い 痛みはないが虫歯がある 歯がグラグラする 歯ぐきが腫れている
歯をぶつけた 口の中をケガした 検診してほしい フッ素を塗ってほしい
歯並びが気になる 学校検診の結果 その他 (_____)

4.痛みや異常があるのはどこですか? 特になし

- | | | | | |
|----|----|----|----------------------------|------------------------------|
| 右上 | 前上 | 左上 | <input type="checkbox"/> 頬 | <input type="checkbox"/> 舌 |
| 右下 | 前下 | 左下 | <input type="checkbox"/> 唇 | <input type="checkbox"/> その他 |

5.いつからですか?

- 今日初めて 時々 (_____) 日前から
 (_____) 週間前から (_____) ヶ月前から

6.最後に歯科に行かれたのはいつですか? 7歳以下のお子さんはその時どのような様子でしたか?

- ない ある → 検診 (_____ 歳の時) → その時お子さんは 検診できた 泣いた できなかった
治療 (_____ 歳の時) → その時お子さんは 治療できた 泣いた できなかった

7.歯科麻酔の経験はありますか? ある場合、何か問題はありませんでしたか?

- ない ある → むし歯の治療 抜歯 その他 (具体的に _____)
 → 問題なかった 問題あった (具体的に _____)

8.現在他の病院にかかっていますか?

- いいえ はい (医院名・病名 _____)

9.今までに次の病気にかかったこと、または大きな病気を経験したことはありますか?

- ない ある → 心臓疾患 肝臓病 腎臓病 扁桃炎 喘息
その他 (_____)

10.アレルギーはありますか?

- ない ある (具体的に _____)

口腔機能問診票

お名前	記入日	年	月	日
年齢	歳	ヶ月	身長	体重

当てはまる項目全てに☑および○をお付けください。

①食べ方について

- お口を開けたまま食べる
- 水やお茶で流し込む
- 食べている時クチャクチャ音がする
- よくむせる
- あまり噛まないで丸のみする
- 食べるのが早い
- 硬いものを食べない
- 食べるのが遅い
- なかなかのみ込めず口の中にためる
- 噛みぐせがある ※（前歯・奥歯・右だけ・左だけ）で噛む
- 食事の量や回数で気になることがある
 - ※食べる量が（多すぎる・少なすぎる）
 - ※食べる回数が（多すぎる・少なすぎる）
- 食べる時テレビはついている
- 食べる時 ※椅子を使用（足の裏が床や板につく・足の裏がつかない）
 - ※その他（ ）
- その他、食べ方で気になることがありましたらお書きください

②話し方について

- 言葉が聞き取りにくいことがある ※（力行・サ行・タ行・その他）
- その他、気になることがありましたら具体的にお書きください

③お口のくせなどについて

- お口がポカンとあいていることが多い
- お口で息をしている
- 指しゃぶりがあある
- 舌を出すくせがある
- おしゃぶりをしている
- 唇を噛むくせがある
- 唇やお口の周りをなめるくせがある
- 爪を噛むくせがある
- 何かを噛んだり吸ったりするくせがある
- その他、気になるくせがありましたらお書きください

④その他

- 耳鼻咽喉科に通っている ※（いつから
- アレルギーがある
- 扁桃腺肥大がある
- 歯ぎしりをする
- いびきをかく
- その他、気になることがありましたらお書きください

ご記入ありがとうございました