

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 (離乳完了前)

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授乳・哺乳について

- 母乳 (1日 回 夜間授乳あり)
ミルク (1日 回 夜間授乳あり)
混合 (母乳 回 ミルク 回)

- 母乳・ミルクともに、飲ませ方に工夫していることがあればお書きください。
(例：ミルク 調整乳はコップで与えている、など)
- 授乳・哺乳で心配なことがありましたらお書きください

②離乳食について (始まっていたら)

- 首は座っている
ひとりで5秒以上座れる

- いつからスタートしていますか？ () ヶ月前から
- 現在何回食ですか？ 1日 () 回

- 離乳食初期 離乳食中期 離乳食後期 わからない

③離乳食のスタイル

- 保護者の膝に座らせる
椅子を使用、足の裏は床や板に付けられるタイプ
椅子を使用、足の裏は床や板につかないタイプ
その他

④その他

- 食事中テレビがついている 家族の食事と一緒にとっている
好き嫌いが激しい なんでも食べる
食卓の上に水やお茶を用意している 食べるのが早い
食べるのが遅い お菓子・ジュース・乳酸飲料・イオン飲料を与えている

ご記入ありがとうございました