



ふりがな
お子さまのお名前

男
女

愛称

園名
学校名

生年月日 平成 令和 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)

呼んでほしい名前があれば
ご記入ください

園
小学校

保護者氏名

好きなキャラクター
好きなもの

(〒 -)
ご住所

携帯電話 ()
ご自宅 ()

※ご連絡を差し上げることがございます。つながりやすい番号を必ずご記入ください

来院された理由をお聞かせください。複数回答

- 悪いところがないか調べたい
- 予防処置希望 (フッ素・歯の磨き方・その他)
- 歯が痛い
- 歯がかけた (日前・ ヶ月前・ 年前に)
- つめものが取れた (日前・ ヶ月前・ 年前に)
- 歯ぐきが腫れた・痛い
- 歯並び・かみ合わせが気になる
- 検診でむし歯があるとされた
- その他 ()

痛みがある方へ

- どこが痛みますか？複数回答
- 上前 下前 右上 右下 左上 左下
- 歯ぐき 唇 舌 頬 その他 ()
- いつから痛みますか？
- (日前 ヶ月前 年前から)
- どんなときに痛みますか？複数回答可
- 今も痛い
- 何もしなくても痛い
- 夜に痛い
- 食べたとき
- その他 ()

お子さまが泣いたり治療を嫌がったときは

- 治療を続けてほしい
- 治療をやめてほしい
- 先生におまかせします

今までに歯医者にかかったことはありますか？

- はい (医院名) いいえ
- 歯医者にかかったことがある方
- ①その時、上手にできましたか？
- はい 泣いたができた 暴れてできなかった
- ②それはいつ頃ですか？
- (ヶ月前・ 年前)
- ③その時どのような治療をされましたか？複数回答
- 定期検診
- むし歯の治療をした
- 歯を抜いた
- フッ素を塗った
- 歯磨き指導を受けた
- その他 ()

当院に来院されたきっかけをお教えてください。複数回答

- 家から近い
- 学校、こども園、保育園などから近い
- 通りかかって
- チラシ
- インターネット
- 託児があったから
- 女性の歯科医師だったから
- 他にない治療が受けられそうだから
- 家族が通っている (父・母・祖母・祖父・兄弟・その他)
- ご紹介 (紹介者のお名前)
- その他 ()

裏面もご記入ください

現在医者にかかっていますか？

- いいえ
 はい (病名)
(病院 科)

飲んでいるお薬はありますか？

- いいえ
 はい
(薬の名前)

次の病気にかかったことはありますか？

- 心臓病 ()
 肝臓病 ()
 糖尿病 (I 型・II 型)
 腎臓病 ()
 てんかん
 がん ()
 精神疾患 ()
 副鼻腔炎 (蓄膿症)
 その他 ()

歯科で麻酔をしたことがありますか？

- はい いいえ
●麻酔をしたことがある方
その際にいかがでしたか？
 異常はなかった
 異常があった ()

薬にアレルギーや、
異常を起こしたことがありますか？

- いいえ
 はい (薬剤名)

お子さまにあてはまるものがあれば
チェックしてください (複数回答)

- こわがり
 痛み
 吐き気がおこりやすい
 神経質
 人見知り
 その他 ()

アレルギーはありますか？

- はい いいえ
●以下のアレルギーがありますか？複数回答
 金属 (金属名)
 ラテックス (天然ゴム)
 アルコール
 ヨード (イソジンなど)
 クロルヘキシジン
 牛乳
 花粉
 ぜんそく
 アレルギー性鼻炎
 アトピー
 その他食品等 ()

治療のご要望について

- いま気になるところだけ治してほしい
 全体的な検査や予防処置など歯の健康管理も希望
 その他 ()

その他

ご希望・ご質問があればご記入ください

ご記入ありがとうございました

歯みがき問診票

★生活習慣等についてお伺いたします。

お名前 _____

1. 一日に何回
歯磨きをしていますか 0回 1回 2回 3回 それ以上
2. いつ磨きますか 朝 昼 夕 寝る前 間食後
3. 仕上げ磨きをしていますか 毎回 時々 (頻度 _____) 本人のみで磨いている
4. 仕上げ磨きをするのは誰ですか 父 母 祖父 祖母 その他 (_____)
5. 歯磨きを嫌がりますか いつも 時々 嫌がらない
6. 歯ブラシ以外に
お使いのものはありますか フロス (糸ようじ) ワンタフトブラシ その他 (_____)
7. お家などでも
フッ素を使っていますか 毎回使っている (フッ素入り歯磨き粉・フッ素ジェル・フッ素洗口)
時々使っている (フッ素入り歯磨き粉・フッ素ジェル・フッ素洗口)
使っていない
8. お食事は
規則正しく取っていますか はい いいえ
9. 歯を磨かずに
寝てしまうことはありますか はい いいえ
10. おやつについて 甘いお菓子や飲み物は与えていない
甘いものは回数を決めて、量もあまり多く与えないように気をつけている
回数も量も無制限
1日に食事以外で食べたり飲んだりする回数 (_____)回
11. よく飲む飲み物はありますか お茶 牛乳 ジュース 炭酸飲料 清涼飲料水
乳酸菌飲料 スポーツドリンク その他 (_____)
13. 現在母乳を飲んでいますか はい いいえ (_____ 歳 _____ ヶ月で卒乳)
14. 乳児の頃
母乳でしたか? 母乳のみ
育児用ミルクでしたか? 母乳と育児用ミルクの混合
育児用ミルクのみ
15. 哺乳瓶で飲み物を与えますか はい (中身 _____) いいえ
16. 母子感染をご存知ですか はい いいえ
17. 歯並びや噛み合せで
気になることがありますか はい (具体的に _____) いいえ
18. 発達に問題があると
言われたことはありますか はい (内容 _____) いいえ