



(小学生以下)

記入日 年 月 日

フリガナ			男	平成・令和	年	月	日生
お名前	呼び名()		女	()	歳	ヵ月	
ご住所	〒	自宅電話					
		携帯電話					
保護者氏名							
学校名		ごきょうだい ()	人きょうだいの ()	番目			
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話		午前・午後		時頃	

お手数ですが該当する箇所に チェックをつけてお答えください

1、当院を知ったきっかけは何ですか？

- 医院を直接見て(看板など)
- 知人・家族の紹介()様
- インターネット・ホームページ
- 女性の歯科医師がいるから
- その他()

2、どうなさいましたか？

- 虫歯がある
- 打撲
- 歯が痛い
- 学校、幼稚園などで健診の紙をもらった
- 歯の抜けている所が気になる
- 歯茎から血が出たり、痛くなったり、腫れたりする
- あごの関節が痛い
- 歯並びを治したい
- 歯の汚れをとってほしい
- 検診をしてほしい
- フッ素塗布をしてほしい
- 虫歯になる原因の検査(虫歯リスク診断)をしてほしい



別途500円

* 治療や気になる症状がある方へ、その症状はいつからですか？

- 今日
- ()日前から
- その他()

3、痛みや気になる場所はどこですか？

- | | | |
|----|----|----|
| 左上 | 前上 | 右上 |
| 左下 | 前下 | 右下 |
- 全部
 - その他()

4、以前歯医者さんで治療を受けたことがありますか？

- ない。今日が初めて
 - ある()才ごろ
- ↓ あるとお答えの方へ
- その時の治療の様子はいかがでしたか？
- 上手にできた
 - 泣いた
 - 嫌がった
 - 暴れた
 - わからない
 - その他()

5、麻酔をしたことはありますか？

- ない
- ある

6、アレルギーはありますか？

- ある(食べ物 (お薬))
- ない

7、次の病気にかかったことはありますか？

- 心臓病
- 肝臓病
- 腎臓病
- 肺炎
- 結核
- インフルエンザ
- 扁桃炎
- はしか
- 黄疸
- ぜんそく
- てんかん()才ごろ)
- アトピー性皮膚炎
- その他病名()
- ない

2枚目へ続きます

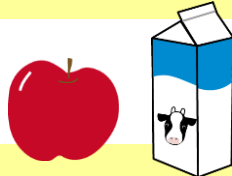
8、歯を抜いたことはありますか？

- ある() 才ごろ;
ない



9、食事は規則正しく食べていますか？

- はい いいえ

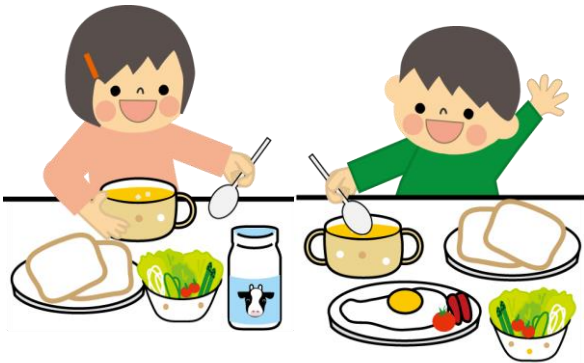


10、偏食(好き嫌い)はありますか？

- ない。何でも食べる。 時々好き嫌いがある。
偏食(嫌いなものは残したりする)がちである。

11、食事の量について

- よく食べる 普通だと思う
食が細くなったりなど、食にムラがある



12、おやつの回数について

- 時間と回数を
きちんとして決めている。
時間も回数も決めず、
欲しがる時に与えている。
夜、寝る前に食べることもある。

おやつを与える時間
時ごろ



13、おやつや飲み物の種類について

- 飴やキャラメルなどをよく食べる。
のどが乾いたらお茶ではなくジュースを飲むことが多い。

14、はみがきについて*当てはまる所に○をつけてください

	朝食前	朝食後	昼食後	夕食後	寝る前
子どもが自分で磨く(歯ブラシで)					
ご家族の方が仕上げ磨き					
歯磨き粉を使用					
フッ素を使用					
フロス・糸ようじを使用					

15、癖について

- 指しゃぶり つめかみ ガーゼ(タオル)かみ
下唇を噛む 下あごを出す 食べるのが遅い
食べているときペチャクチャ音がする
硬いものを食べない 水やお茶で流し込む
お口がぼかんと開いていることが多い
言葉が聞き取りにくいことがある

腔機能訓練についてご存知ですか？はいいいえ

当院ではお子様の口腔機能の確認をしてお伝えしています。

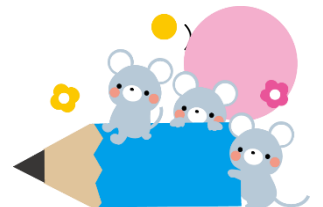
16、歯科治療に対しお子様の様子は？

- 上手に受けられると思う 怖がっている、嫌がっている
泣くと思う とても抵抗すると思う わからない
その他()

16、泣いたりぐずったりして治療が困難な場合

- 治療をやめてほしい 様子を見ながら進めてほしい
押さえつけてでも(保護者、スタッフ)続けてほしい
その他()

ご記入ありがとうございました。



*この調査事項は医学上の事柄ですので、
秘密を厳守することを申し添えます。
よした歯科クリニック院長 吉田由子