

スマイルデンタルクリニック矯正・小児歯科 問診表

ふりがな
お名前

男 女

愛称

生年月日

年 月 日
歳 月

記入日 20 年 月 日

保育園・幼稚園・学校名

ご住所 〒

電話番号

携帯番号 0 0

※繋がる番号でお願い致します。

記入者お名前

続柄()

メール
アドレス

@

当てはまる箇所にチェックをつけてください。

今日はどうなさいましたか？

- むし歯 痛い むし歯予防 健診
歯並び けが 学校健診の結果
その他(具体的に記入ください)
 ()
 ●いつからですか？ ()

現在のお体の状態について

- 現在、他のお医者さんにかかっていますか？
はい (科名： 科 病名：)
いいえ
 ●アレルギーはありますか？
ある(ゴム・金属・薬・その他：)
ない
 ●今現在、服用しているお薬はありますか？
いいえ
はい(病名：)
 (薬剤名：)
 ●全身的・成長等で何か指摘されたことがありますか？
いいえ
はい
 (はいと答えた方は具体的に下記にご記入ください)

過去の歯科治療について

- 過去に歯科医院を受診したことはありますか？
ある(歳頃) ない
 ●あると答えた方へ
 歯科医院名 ()
 その時なにをしましたか？

過去にかかった病気について

- 心疾患 喘息 アトピー
扁桃腺 ひきつけ アナフィラキシーショック
小児てんかん アデノイド
その他 ()

歯みがきについて・日常生活について

- いつ歯みがきをしますか？
朝 昼 夜 磨かない日がある
 ●歯みがきの時間 約()分
 ●おやつはどんなものが多いですか？
あめ チョコレート グミ おせんべい
ヨーグルト ガム クッキー フルーツ
その他 ()
 ●飲み物はなにを飲むことが多いですか？
お茶 水 ジュース 乳酸菌飲料
野菜ジュース 炭酸飲料 清涼飲料水
牛乳 その他 ()
 ●卒乳はいつ頃しましたか？
 (歳 月頃) まだしていない

裏面もご記入ください
Smile Dental Clinic



家族構成について

●スマイルデンタルクリニックに通った事のあるご家族はいらっしゃいますか？

- はい
- いいえ

●同居している方をご記入ください
上記ではいと答えられた方は南口・北口どちらに通われているか○をつけてください

ふりがな

氏名()	続柄	南	北
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

その他スタッフに伝えておきたいこと

●処置前に伝えたいことや、治療についてのご希望・ご質問等ございましたらご記入ください

口腔機能について

●わかる範囲で該当するものにチェックをつけて下さい。

●食べる

- 唇を開けて噛んでいる 音をたてて食べている
- 食べこぼしが多い よく噛んでいない
- 食事中水分をよく取る 唇を閉じて噛んでいる
- 舌を前に出しむかえにくい 食べるのが早い★
- 食べるのが遅い★ やわらかい物を好む

●呼吸

- 扁桃腺肥大がある★ 睡眠時いびきがある★
- 睡眠時口呼吸がある
- 口が常に大きく開いている★
- 口がわずかに開いている★

●話す

- 滑舌が悪い★ 発音が不明瞭
- 話す時に舌がでる 噛み合せた時常に舌が見える
- 口角に余分な唾液がたまる

●その他

- 指しゃぶり 唇を噛む 唇を舐める
- 爪を噛む 頬杖をつく タオルなどを噛む
- 姿勢が悪い

その他お気づきの事があれば記入して下さい。

ご記入ありがとうございました

Smile Dental Clinic

