

ふりがな
お名前

愛称

生年月日

初診日

20 年 月 日

保育園・幼稚園・学校名

男・女

ご住所 〒 -

電話番号 -

携帯番号 0 0 -

記入者お名前

続柄 ()

メールアドレス

@

今日はどうなさいましたか？

 むし歯 痛い 健診 歯並び ガタガタ 出っ歯 受け口 遺伝 有・無 けが 学校の検診結果

その他 ()

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？

 いいえ はい

(科名: 科 病名)

● アレルギーはありますか？

 いいえ はい

(ゴム・金属・薬・その他:)

● 現在服用しているお薬はありますか？

 いいえ はい (薬剤名:)

● 全身的・成長等で指摘を受けたことがありますか？

 いいえ はい はいと答え頂い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？

 いいえ はい (歳頃)

● はいと答えた方へ

歯科医院名:

その時何をしましたか？

 健診 治療 けが その他

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 小児てんかん アナフィラキシーショック アデノイド その他 ()

歯磨きについて・日常生活について

● いつ歯磨きがきをしますか？

 朝 昼 夜 磨かない

● 歯磨きの時間 約 分

● お子さんの普段の様子を一番知っている人は誰ですか？

 母 父 祖父母 その他

● 就学前の子の保護者の方へ

卒乳はいつ頃しましたか？

 (歳 か月頃) まだしていない

裏面もご記入ください



ご家族について



同居させている方全員をご記入ください

また、南口・北口に選ばれたことのある方は○をつけてください。
(矯正・小児歯科は北口です)

NAME:

ピカエル

続柄

父

北

南

ふりがな

続柄

北

南

↳ 生年月日: T S H R 年 月 日 (歳)

ふりがな

続柄

北

南

↳ 生年月日: T S H R 年 月 日 (歳)

ふりがな

続柄

北

南

↳ 生年月日: T S H R 年 月 日 (歳)

ふりがな

続柄

北

南

↳ 生年月日: T S H R 年 月 日 (歳)

ふりがな

続柄

北

南

↳ 生年月日: T S H R 年 月 日 (歳)

食生活について

よく食べるおやつはどんなものですか？

- アメ チョコレート グミ ガム
 お煎餅 クッキー ヨーグルト
 フルーツ その他

飲み物は何を飲むことが多いですか？

- お茶 水 ジュース 乳酸飲料
 野菜ジュース 炭酸飲料 牛乳
 スポーツドリンク その他

口腔機能について

食べる



- 唇を開けて噛んでいる
 音を立てて食べている
 食べこぼしが多い 水分をよくとる
 よく噛んでいない 食べるのが早い
 迎え舌をする 食べるのが遅い
 やわらかいものを好む

話す



- 滑舌が悪い 発音は不明瞭
 話す時に舌がある 口角に唾液がたまる
 噛み合わせた時に常に舌が見える

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

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

アンケートとお願い

当医院のSNSに診療中の写真を掲載させて頂いてもよろしいでしょうか？
尚、お名前などは書きません

- 載せてOK
 顔が写らなければOK
 載せないでほしい

Instagram



ご記入ありがとうございました

