Smile dental clinic　矯正・小児歯科　小児問診票

初診日 20　年　月　日

ふりがな
お名前　　男・女

愛称

生年月日
H・R　年　月　日
歳　か月

保育園・幼稚園・学校名

ご住所 〒　-

電話番号　-　-

携帯番号 0　0　-　-

メールアドレス　　@

記入者お名前　　続柄（　　）

今日はどうなさいましたか？

☐ むし歯　☐ 痛い　☐ 健診
☐ 歯並び　☐ 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　はいとお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

同居している方をご記入ください。
また、南口・北口に通われたことのある方は○をつけてください。

NAME: ピカエル　続柄 父　北　南

続柄　北　南

続柄　北　南

続柄　北　南

続柄　北　南

続柄　北　南

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

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
- ☐ クッキー　☐ 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

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、お名前などは写りません

- ☐ 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