

まりこ小児歯科 問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな	同居家族(○をつけてください)		
氏名 (男 / 女)	父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母 他()		
生年月日 平成・令和 年 月 日(歳 カ月)			
住所 〒	TEL () 自宅・父・母		
① 本日はどうされましたか			
② 歯科医院の受診ははじめてですか？ <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 受診したことがある(<input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 一年以上以内 <input type="checkbox"/> 一年以上前)			
③ 診療中の様子 <input type="checkbox"/> 上手にできた <input type="checkbox"/> 泣いたができた <input type="checkbox"/> あばれた <input type="checkbox"/> ほとんどできなかった			
④ 歯科で麻酔・抜歯・治療をしたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> わからない・覚えてない			
⑤ アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 何のアレルギー() どんな症状がでますか()			
⑥ これまでに けいれん や ひきつけ をおこしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつ頃ですか() 原因は()			
⑦ 今までに病院で診断された病名や症状がありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患() <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患() <input type="checkbox"/> 心臓疾患() <input type="checkbox"/> 血液疾患() <input type="checkbox"/> てんかん() <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患() <input type="checkbox"/> その他 () かかりつけ医(病院 科 先生)			
⑧ 身体や知能の発達面で気になることがありますか <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 診断有り() <input type="checkbox"/> 診断おりてないが気になることがある ()			
⑨ 現在使用している、服用しているお薬はありますか？ ※お薬手帳ご持参の場合はお知らせください <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬名()			
⑩ 歯磨きはどなたがしますか？ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他 ・フロスはしてますか？ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき			
⑪ 飲食物の中で たまに飲食するものに△ ほぼ毎日飲食するものには○を付けてください ()お茶・水 ()牛乳 ()炭酸飲料 ()スポーツドリンク ()乳酸菌飲料 ()野菜ジュース ()果汁飲料 ()アメ・ソフトキャンディ ()グミ ()チョコレート ()ラムネ菓子 ()アイス・氷菓 ()クッキー類 ()スナック菓子 ()せんべい・おかき ()その他			
⑫ 次のようなことがありますか？ <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> 口が開いてる <input type="checkbox"/> おしゃぶり <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 唇をかむ <input type="checkbox"/> 頬杖をつく <input type="checkbox"/> 滑舌が悪い <input type="checkbox"/> 哺乳瓶の使用 <input type="checkbox"/> 授乳中			
・ご要望 <input type="checkbox"/> フッ素塗布希望 <input type="checkbox"/> 予防してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところになるとこだけでいい <input type="checkbox"/> 悪いところはすべて治療したい			