

キッズ問診票① (12歳まで)

ふりがな お名前		愛称	
生年月日	平・令 年 月 日生	性別	男 ・ 女
住所	〒 ー		
電話番号		携帯番号	
保護者氏名		ご職業	
学校・幼稚園・保育園			
家族構成	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母		
	兄 (人) ・ 姉 (人) ・ 弟 (人) ・ 妹 (人)		

1) 本日はどうされましたか？

- ・むし歯の治療をしてほしい ・歯に痛みがある (日前から・時々・ずっと前から)
- ・むし歯があるのか気になる ・歯並びが気になる ・歯や口の怪我
- ・歯石、歯の汚れを取ってほしい ・生え変わりが気になる ・口の中にできものができた
- ・その他 ()

2) 歯科の受診は初めてですか？

- ・初めて ・歯科を受診したことはあるが治療は初めて ・経験あり

3) 歯科治療で泣いたことはありますか？ ・ある ・ない

4) お子様の歯並びは気になりますか？ ・気になる ・気にならない ・わからない

5) 歯科医院でフッ素を塗布したことはありますか？

- ・ある (最後 歳 ヶ月頃) ・ない ・使用しないようにしている

6) 現在、病気にかかっていますか？ ・いいえ ・はい 病名 ()

7) 服用している薬はありますか？ ・ない ・はい 薬 ()

8) アレルギーは、お持ちですか？ ・いいえ ・はい ()

キッズ 問診票② (12歳まで)

- 9) 1日の歯磨きの回数を教えてください。 _____ 回
- 10) 大人が仕上げ磨きをしてあげていますか？
・している ・時々している ・していない
- 11) 仕上げ磨きをしている方を教えてください。
・母 ・父 ・祖母 ・祖父 ・その他 ()
- 12) どのような性格ですか？
・怖がり ・泣き虫 ・お調子者 ・繊細 ・社交的 ・人見知り ・その他 ()
- 13) クラブ活動や習い事をしていますか？
・クラブ ・していない ・している () (週 _____ 回) (帰宅 _____ 時頃)
・習い事 ・していない
 ・している () (週 _____ 回) (帰宅 _____ 時頃)
 () (週 _____ 回) (帰宅 _____ 時頃)
- 14) お口に関わる癖はありますか？
・指しゃぶり ・歯ぎしり ・唇を噛む ・歯と歯の間に物を挟める ・口が開いている
・ほおづえをしている ・寝ている時に歯ぎしりをしている
・その他 []
- 15) 来院しやすいお時間、曜日があれば教えてください。
・特にない (わからない)
・候補① 午前・午後 _____ 時 ~ _____ 時頃 月・火・木・金・土
・候補② 午前・午後 _____ 時 ~ _____ 時頃 月・火・木・金・土
- 16) ご要望などございましたら、お伝え下さい。