

問診表(小児用)

記入日 年 月 日

フリガナ
氏名 男・女 生年月日 年 月 日 ()歳

(記入者名 (続柄)

現住所 〒

TEL ()

学校・幼稚園名 (年生) 携帯 — —

※ご予約を取るうえで、来院しやすい曜日や時間帯がある方は○を付けてください→

曜日	月・火・水・木・金・土
時間	午前・午後・夕方・夜

1. 来院された理由 (○をつけてください・複数可)

・歯が痛む ・歯肉が痛む 虫歯が気になる ・しみる(冷たいもの・熱いもの・甘いもの)
・歯並びが気になる ・フッ素を希望 知人からの紹介(紹介者 様)

他の医療機関からの紹介状(医院名) ・その他()

2. 歯科治療の経験はありますか? はい / いいえ (いいえの方は6へ)

3. 歯を抜いたことがありますか? はい / いいえ

4. 3で《はい》と答えた方、お答えください

その時、異常がありましたか? はい ・いいえ
・血が止まりにくかった ・痛みが続いた ・気分が悪くなった ・その他()

5. 麻酔をしたことがありますか? ・はい ・いいえ

6. これまでにかかった病気はありますか?

・心臓病 ・すい臓病 ・アトピー ・ぜんそく ・血液疾患 ・鼻疾患 その他

7. アレルギーをお持ちですか? (例:牛乳、ヨード等)

ない / ある (種類)

アレルギーをお持ちの方→以前にアナフィラキシーショックをおこしたことがありますか? ない / ある

あるとお答えした方→筋肉注射はお持ちですか? ない / ある

8. 現在他の医療機関に通院中の方は下記に病名・服用薬・医療機関名と担当医名を記入してください

病名	服用薬	医療機関名・担当医名

9. 医師、歯科医師から使用する際に注意するように言われた薬・または市販で副作用が出た薬はありますか?

ない / ある (薬名)

10. マイナ保険証をご利用の方に伺います。診療情報取得(お薬手帳等の情報)に同意されますか?

同意する / 同意しない

裏面もありますのでご記入下さい

【ご家庭での歯磨きの習慣についてお伺いします】

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| ・両親による仕上げ磨きをしている | 毎晩 ・ 週2、3回 ・ いいえ |
| ・デンタルフロスを使用している(糸ようじ) | 本人が出来る ・ 両親がしてあげている ・ いいえ |
| ・フッ素配合の歯磨き粉、ジェル等を使用している | はい ・ いいえ |
| ・キシリトールガム、タブレットを食べている | 毎日 ・ 時々 ・ たまに ・ いいえ |

【ご家庭でのお口の状態についてお伺いします】

- | | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| ・家族構成は | 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ その他 |
| ・ご家族の皆様は定期的なメンテナンスを行っている | はい ・ いいえ |
| ・ご家族の中でむし歯治療の経験が多い方はいますか？ | いない ・ いる →どなたですか？ _____ |

【飲食についてお伺いします】

- | | |
|---------------|---------------------------|
| ・食事回数 | 朝 ・ 昼 ・ 夜 |
| ・決まった時間に食事をする | はい ・ いいえ(休日など日によって変化する場合) |
| ・間食の摂り方について | 1日に _____ 回 |
| | 時間は … 特に決まっていない |
| | ある程度決めている |
| | 本人にまかせている |

【間食の内容についてお伺いします】

- | | |
|-----------------|---------------------------------|
| ・よく食べるもの、好きなおやつ | _____ |
| ・よく飲む飲み物 | 牛乳 ・ お茶 ・ ジュース(砂糖入り) ・ スポーツドリンク |
| ・アメをよくなめる習慣がある | はい ・ いいえ |

治療に対するご質問や、ご要望などございましたらご記入下さい。

ご記入が終わりましたら受付にお渡しください

当院はマイナ保険証の利用や問診表等を通じて患者様の診療情報の取得・活用をすることにより、
質の高い医療の提供に努めております（医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関）
より正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証のご利用にご協力ください。

医療法人 YY 会摂食支援センター
ミヤシタデンタルクリニック