

問 診 表 キッズ用

令和

受付

ふりがな		ニックネーム	性別	生年月日	年齢
お名前			男・女	平・令 年 月 日	才
保育園 幼稚園	名	小学校名			
住所	〒 —		電話	(自宅) — — (携帯) — —	父・母
メールアドレス	携帯電話のアドレスをご記入下さい(予約日時のお知らせをお送り致します。)※- .などは分かりやすくお願いします				
保護者		続柄	ご連絡がとれる 電話番号	— —	

以下の質問にできるだけ正確にお答えください。以下、該当するものに✓チェックしてください。
当医院では、お子様の健康を保持するために役に立ちたいと考えています。その上でお子様の痛みや不都合な点を改善するのみでなく、ものを噛み消化して食事を楽しむ能力を獲得し、美しい笑顔を見せられるようになって頂きたいと思っております。

当院での受診は？ 初めて 以前にも来たことがある(年 月頃)

当院を選んでいただいた理由をお聞かせください(いくつチェックしても可)

- 家族が通院中または以前通院していた(お名前)
- 友人・知人の紹介や勧めで (お名前)
- 病院の先生に紹介して頂いた (病院名) (先生名)
- インターネットをみた 看板をみた
- 予防に力を入れていると聞いて 最新の治療をしていると聞いて
- 職場から近いから 家から近いから
- その他() 診療所の雰囲気が良いと聞いて

いまの症状と、希望する治療内容をおしえてください (いくつチェックしても可)

- | | | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| 左上 | 上前 | 右下 | <input type="checkbox"/> 歯がいたい・しみる | <input type="checkbox"/> 歯ぐきのはれた |
| 左下 | 下前 | 右下 | <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせ物が取れた | <input type="checkbox"/> できものが口の中にできた |
| | | | ※取れた物について (色) (本日お持ちですか? 有 ・ 無) | <input type="checkbox"/> あごの調子が悪い |
| <input type="checkbox"/> 歯の外観がきになる | <input type="checkbox"/> 歯並びがきになる | <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 歯が生えてきた | <input type="checkbox"/> 虫歯の検査をしてほしい |
| <input type="checkbox"/> 口臭がきになる | <input type="checkbox"/> 歯を抜いてほしい | <input type="checkbox"/> 歯ぐきの検査をしてほしい | <input type="checkbox"/> 歯が生えてきた | <input type="checkbox"/> 虫歯の検査をしてほしい |
| <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい | <input type="checkbox"/> 虫歯になりにくい予防法を知りたい | | | |

内科的な疾患はございますか？

- ない 心臓病 腎臓病 糖尿病 肝臓病 肝炎(_____ 型)
- 血液疾患 てんかん ぜんそく 貧血 蓄膿症
- その他 ()

現在、服用中の薬はございますか？ いいえ はい ⇒ (薬品名: _____)
※次回、お薬の説明書を受付にお渡しください

次の病気にかかられたことはございますか？詳しい病名をお知らせ下さい

- 心臓() 肝臓() 腎臓() その他()

薬の副作用、アレルギー等 特別な体質はございますか？

- ない ある ⇒ (どんなものに _____)

お子様の体質を教えてください (いくつチェックしても可)

- アトピー体質 じんましんが出やすい (どんな時に _____)
- 傷をしたときに血が止まりにくい その他 (_____)

家族構成

名 前	続 柄	年 齢	歯 の 状 態	名 前	続 柄	年 齢	歯 の 状 態
			良い・普通・悪い				良い・普通・悪い
			良い・普通・悪い				良い・普通・悪い
			良い・普通・悪い				良い・普通・悪い
			良い・普通・悪い				良い・普通・悪い

※裏面もございます。ご記入よろしくお願ひ致します。

ハピネス ☆ チェックシート

次の項目で、心配な事 気になることはございますか？ チェックして下さい。

- ①清潔さ 歯のよごれ 歯茎が赤い 腫れている 時々出血する 口臭
 ②美しさ 歯の色 歯の形 歯の隙間 歯の生え方
 ③歯の並び 歯の並びが悪い 上の歯が出ている 下の歯が出ている
 かみ合わない 笑った時の歯と歯茎の見え方

歯科の治療にはいろいろな選択肢があります。上記の項目(①②③)は、お客様の治療方法を決定する大事な要素です。すべてを満たすことが理想です。しかし材料や技術的な制限があります。出来る限り要望にお答えしたいと考えていますので、ご安心ください。

お子様は今までに歯の治療を受けたことがありますか？ ない ある(_____才頃)

お子様の歯みがきについて

- お子様 みがかない みがかく(朝・昼・間食後・夕食後・寝る前・ときどき・その他_____)
 保護者 みがかない みがかく(朝・昼・間食後・夕食後・寝る前・ときどき・その他_____)

間食について 与えない 1日_____回 要求する時何回でも

間食にはどんなものを与えますか？ (_____)

食べ物に好き嫌いがございますか？ ない ある(_____)

お子様は何かくせはありますか？ (いくつチェックしても可)

- ない 爪をかむ 指をしゃぶる 歯ぎしり 口唇を吸う 口唇をかむ
 指をくわえる おねしょをする おしゃぶりを使っている その他(_____)

お子様の性格を教えてください (いくつチェックしても可)

- 神経質 のんびりや 人見知りする 恐怖心が強い 我が強い 泣き虫
 落ち着きがない うちべんけい 甘えっ子 その他(_____)

お子様が治療中泣かれたり、あばれたりしたらどうしますか？

- 治療をやめてほしい 治療を続けてほしい

今、お子様はどのような状態だと思いますか？(今回、歯の治療を受けるにあたって)

- 非常に不安がっている 不安がっている あまり緊張していない 全く緊張していない

今、あなた自身(保護者様)はどのような状態ですか？

- 非常に不安 少し不安 余り気にならない 全く気にならない

治療の方法についてご希望を伺います。以下の項目にチェックしてください。

- 保険のルールについて知りたい。
 出来るだけ保険を使い、上記の項目を満たすなら自費治療についても詳しい説明と費用を聞いた上で、治療法を選択したい
 出来る限り上記の項目を多く満たす最善の方法を説明と費用を聞いた上で、治療法を選択したい。

ご希望がございましたらご記入ください (いくつチェックしても可)

- この機会に悪いところは全部なおしたい 痛がる場所だけ・希望するところだけ治したい
 転勤や引っ越しなどで_____月までに治療を終わらせたい 一回の治療時間を短くしてほしい
 多少時間が長くても、一度に多くの治療を終わらせたい(お子様には難しいことがあります)
 その他(_____)

治療が必要な時にお子様が嫌がって動きますと、唇や舌等が危険です。ケガをしないようにするためにも、危険な場合は、お子様の手足をスタッフが保持しますがよろしいでしょうか？

- よい 望まない 場合による

通院されるのに、ご希望の曜日・時間帯を、第①・②・③希望まで下記の表にお知らせ下さい。

その他に、通院が可能な曜日・時間帯があれば、○を付けてお知らせ下さい。

	月	火	水	木	金	土
9:00~12:00					9:00~12:00	9:00~12:00
14:00~16:00					14:00~16:00	13:30~16:30
16:00~18:00					16:00~18:00	
18:00~19:00					18:00~19:00	

