

問診票(4～12歳) 記入日: 年 月 日 1/2 ページ

当院は、お子さまの健康を守るために正しい知識と習慣を家族で身につけるための**定期管理型予防歯科**です。
むし歯予防や悪い歯並びの予防に必要な知識とご自宅でのケアを家族で学んでいただき、定期的なメンテナンスで お口と体を健康に成長させるプログラムを行っております。

フリガナ **生年月日** **年齢**
お名前 (男・女) **西暦** 年 月 日 歳 か月
ご住所 〒 **通っている幼稚園・小学校名**

携帯Tel **自宅Tel**

保護者のお名前 **ご職業(勤務先名)** **正社員・パート・主婦**

家族構成(一緒に住まわれている方)
本人・父・母・兄(歳)・弟(歳)・姉(歳)・妹(歳)・祖父・祖母

当てはまる箇所に☑をつけてください。

当院を知ったきっかけについて(複数選択可)

- 紹介 (紹介者名:)
- 家族 (家族氏名:)
- セミナーに参加して(講座名:)
- 近所に住んでいるため
- 医院の前を通りかかって
- 口コミを聞いて 外看板 パンフレット
- 保育園・幼稚園 (園名:)
- 学校 (学校名:)
- ネット検索をして ホームページ (キーワード:)
- その他 ()

来院された理由について(複数選択可)

- お口のケア方法を知りたい
- むし歯や歯周病の定期管理予防をしたい
- 将来の歯並びを良くしたい
- 気になるところがある (詳細:)

右上奥	上前歯	左上奥
右下奥	下前歯	左下奥

過去の歯科通院について

- 歯科は初めて 食事指導を受けた事がある
- 検診・フッ素・歯磨き練習をしたことがある (頻度:)
- 治療をしたことがある (治療内容:)
- 麻酔の注射をしたことがある (異常なし・症状あり))
- 抜歯の経験がある
- 過去に歯科医院で感じられた不満がある (詳細:)
- 最後に歯科医院に行かれたのはいつ頃ですか (年 ヶ月前)

ご本人の性格・特性について

- 活発
- おとなしい
- 飽きっぽい
- こだわりがある
- 粘り強い
- 柔軟
- 療育に通っている
- 発達に遅れがある
- 気になる所がある ()
- どんどん挑戦する
- 感情豊か
- 冷静
- 慎重である
- 人見知りがある
- 刺激に敏感



問診票(4～12歳)



ひらの歯科
クリニック

2/2 ページ

当てはまる箇所に☑をつけてください。

歯について

- 自分で歯磨きをしている(朝・昼・夜)
- 仕上げ磨きをしている(朝・昼・夜)
- 歯磨きをしないで寝てしまうことがある
- ブクブク・ガラガラうがいができる
- 歯磨き粉を使用している
(メーカー:)
- 歯ブラシ・歯磨き粉以外のケアアイテムを使っている
(フロス ・ フッ素ジェル ・ その他)

お身体の状態について

- 現在内科的な病気がある
(疾患名:)
- 今までに大きな病気をしたことがある
(疾患名:)
- 風船などのゴム製品のアレルギーがある
- 薬や食品のアレルギーがある
薬品:)
食品名:)
- ご家族に喫煙されている方がいる
(はい ・ いいえ)

お口の機能・呼吸・姿勢・癖について

- お口がポカンと開いている・うっすらと開いている(どんな時 頻度)
- 口臭がある (起床時 ・ 日中 ・ その他)
- アレルギー性鼻炎がある (花粉 ・ ハウスダスト ・ その他)
- 風邪をひきやすい
- 扁桃腺肥大・アデノイドが大きいと指摘された
- 姿勢が悪い (猫背 ・ 反り腰 ・ 体幹が弱い)
- 食事時、クチャクチャ音がする・口を開けて食べる
- 食いしばり・歯ぎしり・いびきがある (いつ 頻度)
- 指しゃぶりがあある・あった (いつ どんな時)
- 爪噛みがあある・あった (いつ 頻度)
- ものを噛む癖があある (どんなもの どんな時)
- 唇を吸ったり、唾えたり、噛んだりする (いつ 頻度)
- 唇がへの字になっている・口角が下がっている・分厚い
- 表情に締まりがない・ぼーっとしている
- 舌小帯(舌の裏側のヒダ)や上唇小帯(上唇の裏のヒダ)が短いと指摘された
- 滑舌が悪い (サ行 ・ 夕行 ・ その他)
- 5歳以上になっても常習的に夜尿症(おもらし)があある

当院のポリシー・注意事項について ※必ずご確認ください

- 当院では、むし歯や歯周病・不正歯列などの原因を調べ定期的に観察することで、今後のリスクを最小限に抑えることを目的としています。お子さまの健全な成長を支えることや、ご家族の皆さまが一生涯ご自分の歯で健康な生活を送っていただくことを目的とする、定期管理型予防歯科です。
- 予約の変更・キャンセルは原則前日までに電話連絡をお願いいたします。
遅刻・変更・キャンセルが3回以上続いた場合、別紙キャンセルポリシーに則り予約の制限がかかる場合がございます。
- 待合室やキッズコーナーでのお子さまの怪我及び事故・患者様同士でのトラブルについては当院では責任を負いかねますのでご了承ください。
- 当院では2歳から1人で椅子に座り、自立して診療を受ける練習を行います。
保護者の方はお子様の自立をめざし、ご協力いただきますようお願いいたします。
- お顔立ち・骨格の成長の記録を残すため、顔写真を撮影してもよろしいですか。(はい ・ いいえ)
- 当院は予防歯科のためフッ素を使用します。

通院日時希望表（新城）

★当院へご通院いただくにあたり皆様へお願い

ご通院希望日時のご記入をお願いいたします。上記を把握することで、
ご希望に沿った日時のご提案や定期的かつ
継続的な通院が可能な環境を整えていきます。ご協力をお願いいたします。

※必ずしもご希望に沿ったご提案ができるわけではありません。ご理解のほどお願いいたします。

●通院するにあたって通院ができる曜日や時間帯を○×で教えてください。

※細かくご指定がありましたら、10:00～12:00のようにご記入ください。

※本人のみor保護者同伴などもご記入ください。

●産休や育休中・予定のある方

産休・育休予定： 年 月～ 年 月まで

復 帰 予 定： 年 月

※お仕事復帰後に再度ご記入をお願いする場合がございます。

●シフト制の方→シフト確定日：大体 日ごろ

※希望休：有・無

	月	火	水	木	金	土	日
AM 10:00～ 12:30				×			
PM① 14:30～ 16:00				×		9:30～ 13:30 最終受付	9:30～ 13:30 最終受付
PM② 16:00～				×		×	×
PM③ 17:00～				×		×	×
PM④ 18:00～ 18:30 最終受付				×		×	×