

小児歯科問診票(4~12才)



NO. 1

年 月 日

当院では、MTM(メディカルトリートメントモデル)を行っております。

虫歯や歯周病になる原因は、お一人お一人違います。その原因を取り除かずに処置をしたとしても、お口の中の環境が変わらなければ再治療を繰り返し、ご自身の歯を処置し続けることにより歯の寿命をどんどん縮めることになってしまいます。また、お口の健康維持は全身の健康維持にも深く関係しています。そこで当院は症状のある部位の応急処置後、お一人お一人の虫歯のリスクを評価し、その方に合わせた予防プログラムを提案し定期管理を致します。

患者さんに一生にわたり、自分の歯で豊かで健康な生活を送っていただくことを目的とする診療システムです。

フリガナ お名前	ニックネーム		
生年月日 西暦 年 月 日 生まれ 才	性別 男・女	身長 cm	体重 kg
保護者氏名	自宅TEL		
	携帯TEL		
ご住所 〒			
家族構成 一緒に住まわれている方	本人・父・母・兄・弟・姉・妹・ 祖父・祖母・配偶者・子供(人)		

・当院をどのようにしてお知りになりましたか(複数でも可)	<input type="checkbox"/> 紹介(ご紹介者氏名 様) <input type="checkbox"/> 家族が通院している(お名前 様) <input type="checkbox"/> はってん商店街関係者 <input type="checkbox"/> 近所に住んでいる(<input type="checkbox"/> ロコミを聞いた <input type="checkbox"/> 前を通った) <input type="checkbox"/> EPARK <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> インターネット(<input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 当院で開催されたセミナー <input type="checkbox"/> その他				
	どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 予防をしてほしい <input type="checkbox"/> 虫歯らしきものを発見した <input type="checkbox"/> 痛む <input type="checkbox"/> 歯並びが心配 <input type="checkbox"/> 学校検診の結果 <input type="checkbox"/> 歯の打撲			
・それはどこですか?	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下	<input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 下前	<input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下	いつごろからですか?	_____

- ・現在内科的な病気にかかっていますか? いいえ はい (病名 _____)
- ・今までに何か大きな病気をしましたか? いいえ はい(病名 _____ 才頃)
- ・風船などのゴム製品へのアレルギーはありますか? いいえ はい
- ・薬や食物に対するアレルギーはありますか? いいえ はい(食品名・薬品名 _____)
- ・おやつは毎日食べていますか? いいえ はい 時間を決めていますか? いいえ はい (_____ 時)
- ・どのくらいの時間ですか? 10分以内 15分以内 30分以内 30分以上
- ・主にどのようなものを食べていますか? クッキー おせんべい チョコレート 飴・グミ・キャンディ 手作りのおやつ
- ・一緒にどのような飲み物をのみますか?
 水 お茶 スポーツドリンク フルーツジュース 炭酸飲料 乳酸菌飲料 その他(_____)

小児歯科問診票(4~12才)



NO. 2

- ・今まで歯科医院で定期的に歯のクリーニングやフッ素塗布を受けたことがありますか？ ある ない
 - ・歯は抜いたことありますか？ ある ない
 - ・何かクセはありますか？ 指しゃぶり 爪を噛む 唇をかむ 歯ぎしりをする 口で呼吸(いつも口が開いている)
 - ・食事は3食きちんと食べていますか？ はい いいえ 大人と同じものをたべますか？ はい いいえ
 - ・どのくらいの時間で食べ終わりますか？ 10分以内 15分以内 30分以内 30分以上
 - ・好き嫌いが多いですか？ はい いいえ
 - ・好きな食べ物はなんですか？() 嫌いな食べ物はなんですか？()
 - ・歯磨きは1日何回しますか？ 1回 2回 3回 4回以上
 - ・何分くらい磨きますか？ 1分 2分 3分 4分以上 仕上げ磨きはしていますか？ はい いいえ
 - ・歯ブラシ・歯磨き粉以外の口腔ケアアイテムを使っていますか？
使っている フロス 染め出し フッ素ジェル その他() 使っていない
 - ・顔写真を撮影してもよろしいですか？ はい いいえ (口元の成長記録を残す為)
 - ・歯科治療に対してお子様の様子は？
上手に受けられると思う こわがっている・臆病 泣くと思う とても抵抗すると思う その他()
 - ・お話したのちでも、お子様が泣いたり暴れたりしたらどうしますか？
大学病院などを紹介してほしい 処置をやめてほしい 特別な道具などを使用して処置してほしい
- [※(開口器・抑制具など)別途3000円(器具使用代金)]
- ・待合室やキッズコーナーでのお子様のけが及び事故、トラブル等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
- 同意します。

ひらの歯科クリニック

