

問診票

～小児用～



なかやま歯科医院
Nakayama Dental House

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	平成・令和	年齢
お名前						
ご住所	〒 -					
E-mail	_____ @ _____			携帯電話(_____)	自宅電話(_____)	

●当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 家族の紹介(ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者のお名前(任意) _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> インターネット(ホームページ/リスティング広告/エキテン/Doctors file) <input type="checkbox"/> 雰囲気が良さそうだから <input type="checkbox"/> 予防に興味があるから <input type="checkbox"/> その他(チラシ等 _____)																																				
●お口以外の健康状態はいかがですか?	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に _____)																																				
●今までに大きな病気をしたことはありますか?また、現在かかっている病気はありますか?	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 _____ 最低血圧 _____) <input type="checkbox"/> 特になし																																				
●かかりつけの病院・通院中の病院はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名 _____)																																				
●薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類 _____)																																				
●アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 金属) <input type="checkbox"/> その他(_____)																																				
●歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た																																				
●歯科はどれくらいぶりですか	<input type="checkbox"/> 今日のはじめて <input type="checkbox"/> (_____)日前 <input type="checkbox"/> (_____)ヶ月前 <input type="checkbox"/> (_____)年前																																				
●ご来院のご都合のよい曜日・時間帯をお知らせ下さい。	<table border="1"><tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th><th>日</th><th>祝</th></tr><tr><th>午前</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><th>午後</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><th>17:00以降</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		月	火	水	木	金	土	日	祝	午前									午後									17:00以降								
	月	火	水	木	金	土	日	祝																													
午前																																					
午後																																					
17:00以降																																					
●転居や転勤の可能性はありますか?	<input type="checkbox"/> はい(いつ頃 _____ ところへ _____) <input type="checkbox"/> いいえ																																				
●家族構成について教えてください																																					

● 出生時やその後の成長について	
1) 出生時の体重は？	g
2) 授乳の種類や時間は？	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合乳 <input type="checkbox"/> 人工乳 / <input type="checkbox"/> 時間制 <input type="checkbox"/> 自由
3) 離乳の時期は	歳 月頃
4) 歯の生え始めはいつ頃でしたか？	歳 月頃
5) 歩き始めたのはいつ頃でしたか？	歳 月頃
● 生活習慣について	
1) 就寝のお時間はいつ頃ですか	平均 時頃
2) 夜食(甘いものや炭水化物)を食べる機会が多いですか？	<input type="checkbox"/> はい(毎日・時々/種類: 量:) <input type="checkbox"/> いいえ
● 日常生活について 該当する症状にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 鼻がよく詰まる <input type="checkbox"/> のどがよく腫れる <input type="checkbox"/> 中耳炎をよくおこす <input type="checkbox"/> 睡眠中に歯ぎしりをする <input type="checkbox"/> いびきをかく <input type="checkbox"/> 特定の姿勢で寝る
● 癖について	
1) 指をしゃぶる	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 以前(歳頃～ 歳頃)
2) 口で息をする	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 以前(歳頃～ 歳頃)
3) 唇を噛む	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 以前(歳頃～ 歳頃)
4) 舌を噛む	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 以前(歳頃～ 歳頃)
5) 爪を噛む	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 以前(歳頃～ 歳頃)
6) 頬杖をつく	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 以前(歳頃～ 歳頃)
● お口の健康状態について	
1) 歯ブラシを使用した時などに血が出ますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2) とときどき歯肉が腫れるようなことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3) 口臭が気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4) 歯と歯の間に食べ物がはさまることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5) 歯並びが悪くなったと思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6) 今までに歯石をとってもらったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7) 今までに歯磨きの仕方を教わったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8) いびきをかきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9) 歯ぎしりやくいしばりをしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 歯磨き習慣について	
1) 歯磨きは1日に何回されますか	回 (起床時・朝食後・昼食後・夕飯後・就寝前)
2) 歯ブラシ以外に使用している清掃器具はありますか	<input type="checkbox"/> はい(歯間ブラシ・デンタルフロス・その他: (※ようじ) <input type="checkbox"/> いいえ
3) フッ素入りの歯磨き粉を使用していますか	<input type="checkbox"/> はい(毎日・時々/種類: 量:) <input type="checkbox"/> いいえ
● その他	
1) 歯科は定期的を受診するようにしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2) 過去に歯ブラシ指導を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3) 歯科医院でのフッ素塗布の経験がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ