なかやま歯科医院
Nakayama Dental House

問診票～小児用～

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	（平成・令和）　　年 西暦　　年　　月　　日	歳
住所	〒　　―			
メール アドレス	@	電話 番号	携帯（　　-　　-　　） 自宅（　　-　　-　　）	

当院を最初に知った きっかけは何でしたか	□家族から聞いた　□知人（　　さん）から聞いた □HP を見た（検索ワード：　　） □Instagram を見た（検索ワード：　　） □医院の外でスタッフの話を聞いた 場所：＿＿＿＿＿＿子どもセンター、＿＿＿＿＿＿保育園 その他の場所（　　） □その他（　　）
当院を選んだ 決め手は何でしたか	□予防歯科である　□託児がある　□矯正ができる　□NOHA に通いたい □その他（　　）
お口の健康状態は いかがですか	□良好 □気になることがある（具体的に：　　）
お口以外の健康状態は いかがですか	□良好 □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、現在治療中の病気はありますか	□心臓病　□肝臓病（B 型肝炎・C 型肝炎・その他＿＿＿＿＿）　□腎臓病 □糖尿病　□高血圧（最高血圧：　　mmHg，最低血圧　　mmHg） □HIV　□その他（　　）　□特になし
かかりつけの病院や 通院中の病院はありますか	□いいえ □はい（病院名：　　）
薬を飲んでいますか	□いいえ　□はい（薬の名前：　　）
アレルギーをお持ちですか	□いいえ　□はい（□花粉　□鼻炎　□食物　□金属　□薬のアレルギー） □上記以外のアレルギー（名前：　　）
歯科はどれくらいぶりですか	□今日が初めて　□＿＿＿日ぶり　□＿＿＿ヶ月ぶり　□＿＿＿＿年ぶり
麻酔の経験はありますか	□いいえ　□はい
麻酔や抜歯で具合が 悪くなったことはありますか	□ない　□血が止まりにくかった　□貧血が起こった　□気分が悪くなった □痛みが続いた　□熱が出た　□その他（　　）

歯並びや噛み合わせを整える治療の経験はありますか	□いいえ □はい（治療名：　　いつ頃：　　期間：　　）
転居の可能性はありますか	□いいえ　□はい（いつ頃：　　どこへ：　　）
同居中のご家族はいますか	□父　□母　□兄弟（____人：年齢　　）
来院しやすい曜日・時間帯はありますか。 該当する箇所に ○をつけてください	

	月	火	水	木	金	土	祝
午前							
午後							
17時～							

出生時やその後の成長についてお尋ねします	
出生時の体重は何 g でしたか	_____g
授乳の種類や時間を教えてください	□母乳　□混合乳　□人工乳／□時間制　□自由
離乳の完了はいつ頃ですか	□_____歳_____ヶ月頃　□まだ完了していない
歯が生え始めたのはいつ頃ですか	□_____歳_____ヶ月頃　□まだ生えていない
歩き始めたのはいつ頃ですか	□_____歳_____ヶ月頃　□まだ一人歩きはしない

生活習慣や癖についてお尋ねします	
睡眠時間は何時間ですか	平均_____時間（就寝：　　時、起床：　　時）
間食をしますか	□いいえ □はい（頻度：毎日・時々、内容：　　）
よく出る症状はありますか	□鼻づまり　□喉の腫れ　□中耳炎　□いびき　□睡眠中の歯ぎしり □特定の姿勢で寝る（□右向き　□左向き　□うつ伏せ）
指しゃぶりをしますか	□いいえ　□はい（　　～　　歳：□頻繁に　□時々　□以前）
口で息をしていますか	□いいえ　□はい（　　～　　歳：□頻繁に　□時々　□以前）
唇を噛みますか	□いいえ　□はい（　　～　　歳：□頻繁に　□時々　□以前）
舌を噛みますか	□いいえ　□はい（　　～　　歳：□頻繁に　□時々　□以前）
爪を噛みますか	□いいえ　□はい（　　～　　歳：□頻繁に　□時々　□以前）
頬杖をつきますか	□いいえ　□はい（　　～　　歳：□頻繁に　□時々　□以前）
夜尿をしますか	□いいえ　□はい（　　～　　歳：□頻繁に　□時々　□以前）

お口の健康状態についてお尋ねします	
歯みがきをすると血が出ますか	□いいえ　□はい
歯茎が腫れることがありますか	□いいえ　□はい
口臭が気になることがありますか	□いいえ　□はい
歯の間に食べ物がはさまることがありますか	□いいえ　□はい
歯並び・噛み合わせが気になりますか	□いいえ　□はい
歯医者で歯石を取ってもらったことがありますか	□いいえ　□はい
歯医者で歯みがきの仕方を教わったことがありますか	□いいえ　□はい

オーラルケアの習慣についてお尋ねします	
歯みがきは１日に何回しますか	____回（起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前）
現在、仕上げ磨きをしていますか	□はい（毎日・時々）　□いいえ（一度もない・_____歳まで）
普段お使いのセルフケアグッズはありますか。 商品名やメーカーもできるだけ詳しく教えてください	□電動歯ブラシ（　　） □歯みがき粉（　　） □フロス（　　）□歯間ブラシ（　　） □洗口液・マウスウォッシュ（　　） □その他（　　）
歯医者でフッ素を塗ってもらったことがありますか	□いいえ　□わからない　□はい