



📄 キッズ問診票 (12歳まで) 1 ページ目

フリガナ 氏 名	・平・令	年	月	日生	(男・女)	歳
住 所 (〒	—)				
学校・幼稚園・保育園						
連絡先 (自宅or携帯番号)						
通院手段 【・徒歩 ・地下鉄 ・バス ・車 ・車 (送迎) ・タクシー】						
当院をなにで知りましたか？ ・家、職場から近い ・インターネット検索 ・SNS ・当院ホームページ ・その他 () ・知人の紹介 紹介者のお名前 []						

1) 本日はどうされましたか？

- ・健診希望 ・歯が痛い ・虫歯がある ・歯ぐきが腫れた ・歯が欠けた ・親知らずを抜きたい
- ・あごが痛い ・でき物が出来た ・その他 ()

2) 歯科の受診は初めてですか？ ・初めて ・歯科を受診したことはあるが治療は初めて ・経験あり

3) 歯科治療で泣いたことはありますか？ ・ある ・ない

4) 兄弟 (姉妹) は、いらっしゃいますか？ ・いる ・いない

5) お子様の歯並びは気になりますか？ ・気になる ・気にならない ・わからない

6) 歯科医院でフッ素を塗布したことはありますか？

- ・ある (最後 歳 ヶ月頃) ・ない ・使用しないようにしている

7) 現在、病気にかかっていますか？ ・いいえ ・はい 病名 ()

8) 服用している薬はありますか？ ・ない ・はい 薬 ()

9) アレルギーは、お持ちですか？ ・いいえ ・はい ()

*裏面のご記入もお願い致します。



- 10) 1日の歯磨きの回数を教えてください。 _____ 回
- 11) 大人が仕上げ磨きをしてあげていますか？
 ・している ・時々している ・していない
- 12) 仕上げ磨きをしている方を教えてください。
 ・母 ・父 ・祖母 ・祖父 ・その他 ()
- 13) どのような性格ですか？
 ・怖がり ・泣き虫 ・お調子者 ・繊細 ・社交的 ・人見知り ・その他 ()
- 14) クラブ活動や習い事をしていますか？
 クラブ ・していない ・している () (週 _____ 回) (帰宅 _____ 時頃)
 習い事 ・していない
 ・している () (週 _____ 回) (帰宅 _____ 時頃)
 () (週 _____ 回) (帰宅 _____ 時頃)
- 15) お口に関わる癖はありますか？
 ・指しゃぶり ・歯ぎしり ・唇を噛む ・歯と歯の間に物を挟める ・口が開いている
 ・ほおづえをしている ・寝ている時に歯ぎしりをしている
 ・その他 []
- 16) 来院しやすいお時間、曜日があれば教えてください。
 ・特にない (わからない)
 ・候補① 午前・午後 _____ 時 ~ _____ 時頃 月・火・水・木・金・土
 ・候補② 午前・午後 _____ 時 ~ _____ 時頃 月・火・水・木・金・土
- 17) SMS (ショートメッセージ*受信無料) での予約事前連絡
 全ての患者様に通院予約日の前日にご確認のメールサービスを行なっております。
 携帯電話番号: _____
- 18) ご要望などございましたら、お伝え下さい。