



小児問診表



ふりがな	生年月日（平成・令和）	年	月	日	歳
氏名	男・女 / 第 子				
	電話番号（自宅）	（ ）			
	携帯番号（父・母・祖父母）	- -			
〒	-				
住所					

●本日はどうなさいましたか？

- ①歯が痛い
- ②歯ぐきが痛い
- ③虫歯がある
- ④検診希望
- ⑤予防処置（フッ素）
- ⑥その他（ ）

●今まで歯医者さんへ行ったことがありますか？

- ①ある（ 歳頃）
- ②ない

→・虫歯治療した

- ・定期検診、クリーニングした
- ・フッ素した

↑**ある**と答えた方、その時の様子はどうでしたか？

- ・上手にできた
- ・泣いたけどできた
- ・泣いてできなかった
- ・暴れた
- ・押さえつけて治療した
- ・嫌がってできなかった
- ・その他（ ）

↑**ない**と答えた方、お子様の治療についてお伺いします

- ・上手にできると思う
- ・嫌がると思う
- ・泣くと思う
- ・暴れると思う

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- ①ない
- ②ある（ ）

●ご家族で歯列矯正の治療歴はありますか？

- ①はい（父・母・ご兄弟）
- ②いいえ

○お子様について詳しく教えてください○

●今までかかった病気はありますか？

- ・ぜんそく
- ・けいれん
- ・てんかん
- ・肝臓の病気
- ・心臓の病気
- ・慢性鼻炎
- ・血液の病気
- ・その他（ ）

●現在治療中または投薬を受けていますか？

- ①いいえ
- ②はい 病院名
- 治療内容

●お子様の性格は？

- ・神経質
- ・恐怖心が強い
- ・泣き虫
- ・甘えっ子
- ・落ち着きがない
- ・気が強い
- ・その他（ ）

●癖はありますか？

- ・指しゃぶり
- ・爪を噛む
- ・授乳中
- ・唇を噛む
- ・唇を吸う
- ・歯ぎしり
- ・口呼吸
- ・しゃくれる

●当院はどこで知りましたか？

- ・看板
- ・インターネット
- ・ホームページ
- ・広告
- ・家族が通院
- ・紹介（ご紹介者）

●何か心配な事や治療に関するご質問ありますか？

【 】