



📄 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

お約束の前日にご確認のメールを送りいたします。全ての患者様にお送りしておりますが、メール連絡ご不要の方は、下記のチェックをお願い致します。

不要

18) ご要望などございましたら、お伝え下さい。