

問診票

安全な歯科治療に役立てるため、できるだけ正確にご記入をお願いいたします。

フリガナ			性別	生年月日・年齢
お子さまの氏名			男・女	年 月 日 歳

フリガナ			ご職業	
保護者の氏名				
住所	〒 _____			
電話番号	自宅		携帯	

◆歯について

[1] ご来院された理由は何ですか？

- むし歯がないかみて欲しい 口の中をクリーニングして欲しい むし歯予防の処置をして欲しい
 歯が痛い(ほんの少し < 少し < とても < ひどく < 耐えられない)
 食べる時 飲む時 熱いものをとる時 冷たいものをとる時
 甘いものをとる時 安静にしても痛い
 歯が抜けた 詰め物や被せ物が取れた 歯がしみる 歯が浮いている感じがする
 歯ぐきから血が出る 歯ぐきが腫れた 口の中に何かできた 顔が腫れている
 口臭が気になる 口の中が乾く 歯並びを直したい あごが痛くて口が開かない
 その他(_____)

[2] 以前に歯科治療を受けられたことはありますか？

- はじめて 当医院 他の医院 で、(_____)日前 (_____)週間前 (_____)か月前 (_____)年前
 ⇒現在は、 完治した 通院中 途中で止めた

そのときのお子さまの様子はいかがでしたか？

- スムーズに治療できた
 嫌がった (全く治療できなかった ある程度は治療できた 泣いた 暴れた)

[3] 麻酔の注射をして治療をしたことがありますか？ ある (気分が悪くなった) ない

[4] 歯を抜いたことはありますか？ ある (気分が悪くなった) ない

[5] 治療やカウンセリングについて、ご意向をお聞かせください。

- 良くないところは全て治療したい。
- 痛いところだけ・希望するところだけ治療したい。
- できるだけ健康保険の適用範囲内で治療したい。
- 自費治療も含めて、最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい。
- 治療方法や使用する材料など、できるだけ説明して欲しい。
- 本人に合ったケアの仕方やおすすめの歯ブラシ、歯みがき剤などを教えて欲しい。

◆おからだの状態について

[6] 通院中・治療中の病気はありますか？ ある ない

「ある」場合、現在治療中の病気はに を、過去に治療した病気は病名に をご記入ください。

- 糖尿病 脳卒中 ぜんそく 肝臓病 腎臓病
- 心臓病 (狭心症 不整脈 弁膜症 心不全 心筋症 先天性心疾患)
- アレルギー (※具体的に _____)
- てんかん 甲状腺の病気 がん HIV
- その他(_____)

現在治療中の病気について、かかりつけの病院名をご記入ください。

(_____)

[7] 現在服用中の薬剤はありますか？

- ある / (お薬手帳 お薬)を持ってきている ない

①服用中の薬剤がある方は、お薬の名前(不明な場合は何のお薬か)を教えてください。

(_____)

②ペースメーカー、または胸の中に何か埋め込んでいますか？ はい いいえ

[8] 下記の項目の中で該当するものがあればお教えてください。

- ①意識がなくなったり、気が遠くなったりしたことがありますか？ はい いいえ
- ②けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ はい いいえ
- ③薬のアレルギーはありますか？ はい 可能性がある いいえ
- ④ご家族の方で肝臓疾患の方はおられますか？ はい (B型 C型 薬物) いいえ

[9] おからだのことで、気になることや伝えておきたいことがあれば、お教えてください。

(_____)

◆お子さまの性格や癖について

[10] 性格についてお教えてください。

- 聞き分けが良い おとなしい のんびりしている 気が強い わがまま 神経質
- 泣きむし 甘えん坊 怖がり 落ち着きがない その他(_____)

[11] 癖について教えてください。

- とくにない 指をくわえる 爪をかむ 唇をかむ 口のまわりをなめる 舌を出す
 舌で歯を押し 歯をくいしばる 歯ぎしりをする 服やタオルをかむ
 口を開けていることが多い 口で息をする その他()

◆生活習慣について

[10] 生活習慣について教えてください。

①歯磨きは、1日()回

【使うもの】 歯ブラシ 歯間ブラシ その他()

【時間帯】 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

②習慣的飲料物 炭酸飲料 ジュース その他()

③睡眠時間 不足 やや不足 十分

④間食 しない 規則正しく摂る 不規則に摂る

ご協力いただき、ありがとうございました。