

こどもの歯科

問診票

記入日 年 月 日

氏名 フリガナ 性別 男 女

生年月日 年 月 日 郵便番号〒 住所

電話番号(携帯) 電話番号(自宅) メールアドレス

前回 歯科を受診したのはいつ頃ですか？

歯医者は初めて 最近 3～6か月以内 6か月～1年未満 1年以上前(不明)

今回はどうなさいましたか？

検診・クリーニング 虫歯治療 歯ぐき治療 外傷治療 抜歯相談 フッ素塗布 ホワイトニング希望 リップアート
 歯並び相談・経過観察 歯磨き指導 赤ちゃん歯科（発達について） 栄養検査希望（生後11か月～成人対象） その他

【『その他』を選んだかた】内容をご記載ください。

[]

どこが気になりますか？

全体 右上 右下 上前 下前 左上 左下 その他（舌 頬 顎） 気になるところはない

【『その他』を選んだかた】部位をご記載ください。

[]

痛みはありますか？

ない ある

【『ある』をチェックしたかた】痛みの具合を以下からお選びください

咬合痛 冷・温水痛 常時痛 時々痛 夜間痛 その他

【『その他』を選んだかた】内容をご記載ください。

[]

いつから痛みますか？

[]

この機会に…

悪いところは全部治したい 先生と相談して治したい 現在痛みのあるところのみ治したい

治療についてのご希望

保険内治療を希望 保険外治療方法も説明希望

過去の歯科処置の際に異常が出たことがある方は原因を選択してください。

麻酔 抜歯 心因性 アレルギー その他 異常が出たことはない

【『その他』を選んだかた】内容をご記載ください。

[]

麻酔をしたことがありますか？

ない ある(麻酔後 異常なし) ある(麻酔後 異常あり⇒担当医へ症状をお伝えください)

歯を抜いたことがあるかを教えてください。

抜歯経験なし 乳歯抜歯 矯正のための抜歯 おやしらずを抜歯 他部位

今まで病気（ぜんそく等）にかかったことはありますか？

はい いいえ

既往歴がある方は、病名・医院名・最終受診年月日・治療中／完治／経過観察中のいずれかをご記入ください。

[]

アレルギーをお持ちの方は、原因物質（薬・食品・動物・花粉等）をご記入ください。

[]

こどもの歯科

アレルギー性鼻炎のかた、現在の治療状況と具体的な症状を選択してください。

- 治療中（舌下免疫療法中の方は必ずお知らせください） 治療はしていない 過去に治療していた かゆみ・発赤：鼻水・くしゃみ
 その他

【『その他』を選んだ方・舌下療法治療中の方】治療内容や治療予定期間をお知らせください。

[]

お母さまへ 妊娠・分娩について教えてください。妊娠 週目／正常分娩／帝王切開 週 など

[]

お子さまの卒乳について教えてください。卒乳 歳 か月ごろ／授乳中 など

[]

お子さまの卒乳についてのお考えをお知らせください

- 口腔内状況により時期を考えたい もうしばらく授乳継続を希望 近々卒乳予定

ご来院のきっかけは？

- 通りがかり・最寄駅なので 口コミ 駅看板・駅前ベンチ HP インスタグラムなどのSNS 紹介 雑誌・記事

【『紹介』『雑誌・記事』を選んだかた】ご紹介者様、雑誌(記事) 名を差し支えなければお知らせください。

[]

1. 最近 感染症に罹患したことがありますか？

- はい いいえ

【『はい』をチェックした方】病名および罹患日を教えてください。記載例：コロナ 令和 年月 日ごろ

[]

罹患された方は 陰性証明、登校登園許可は 出ていますか？

- はい いいえ

今回の受診にあたりドクターへ伝えておきたい特記事項はありますか？

診察後 SNSなどで当院を誹謗中傷するようなコメントは決して致しません。万が一 そのようなコメントを見つけた場合は
早急に法的処置にて対応させていただく場合がございます。

- はい いいえ 受診を取りやめます

令和8年6月1日より 患者様都合による当日キャンセル（無断キャンセルも含）の場合 費用徴収があることに同意します。（保医発0327第7号
厚生労働省）上記の記載に相違なく、そのうえで診療を希望します。

- はい いいえ 受診を取りやめます

◆◆これより先は、赤ちゃん歯科受診希望の方のみご記入ください。

お子さんがやったもの全てにチェックしてください。（大体の月齢や期間は受診時に伺うことがありますので振り返っておいてください。）

チェックボックス(複数選択)

- 追視 うつ伏せ遊び 手舐め 足舐め 左右寝返り ビポットターン ひこーき ずりばい ハイハイ 高這い
 自力お座り つかまり立ち つたい歩き ひとり歩き 両足ジャンプ

お子さんのお口の様子で、特に気になることがあればご記入ください。