



小児歯科診療問診票

カルテNo. _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな お名前	男 女	家庭での呼び方	
生年月日 平成 令和 年 月 日 (才 ヶ月)	身長	cm	体重 kg
ご住所 〒			
携帯電話番号 () —	※ 診療や検診の前日に、予約時間のご案内をメールでお知らせするサービスを実施しております。 当サービス利用に際し登録が必要になりますので、できる限り「メールアドレス」のご記入 をお願いいたします。 メールアドレスが不明の場合、当院から携帯電話番号へ送らせていただくショートメッセージ に貼付けられているメールアドレスに返信するだけで、簡単に登録が完了いたします。		
自宅電話番号 () —			
※ メールアドレス			
ご記入・ご登録いただいた個人情報は、他の用途へは利用いたしません。			

当院へのご来院は？	☐ はじめて ☐ 前に来たことがある (ヶ月前) (年前)
当院をどのように お知りになりましたか？	☐ ご友人・ご家族からの紹介 (お名前： 様) ☐ ご近所 ☐ 通勤、通学路 ☐ ホームページ ☐ 看板 ☐ その他 ()
どうなさいましたか？	☐ 検診 ☐ むし歯 ☐ 噛み合わせ ☐ けが ☐ その他 ()
現在痛みはありますか？	☐ ない ☐ ある (部位：) (いつから：)
現在何か病気に かかっていますか？	☐ いいえ ☐ はい (病名：)
現在何か薬を服用して いますか？	☐ いいえ ☐ はい (薬品名：)
今までに大きな病気や けがをしましたか？	☐ いいえ ☐ はい (病名・けが：)
お薬や食べ物で アレルギーはありますか？	☐ ない ☐ ある ()
けがなどで血が止まりにくい ことがありましたか？	☐ いいえ ☐ はい
以前に歯医者さんに かかったことはありますか？	☐ いいえ ☐ はい
以前に麻酔をしたことが ありますか？	☐ いいえ ☐ はい
妊娠中に病気や薬を服用 したことはありますか？	☐ いいえ ☐ はい ()
お子様の性格は？	☐ 神経質 ☐ 人見知りする ☐ 恐怖心が強い ☐ その他 ()
お子様が興味を持って いるものは何ですか？ (おもちゃ、TV 番組などで)	
お子様について担当医が 知っておいたほうが良い と思われることや治療上 の希望はありますか？	

裏面に続きます。

西葛西杉井歯科クリニック キッズプラス

nishikasai sugii dental clinic

歯みがきについて

いつしますか？	☐ しない ☐ 起きてすぐ ☐ 食後（ ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 晩） ☐ 就寝前
使っている歯ブラシ	☐ 普通 ☐ 電動
誰が磨きますか？	☐ ご家族が磨く（ ☐ 嫌がる ☐ 嫌がらない） ☐ お子様が1人で磨く ☐ お子様が1人で磨いた後でご家族が仕上げに磨く
ブクブクうがい できますか？	☐ いいえ ☐ はい
歯磨きの指導を受けた ことがありますか？	☐ いいえ ☐ はい
フッ素塗布を受けた ことがありますか？	☐ いいえ ☐ はい

食事について

食事の時間は決まっていますか？	☐ いいえ ☐ はい
食事の量は？	☐ 多い ☐ 普通 ☐ 少ない
好き嫌いがありますか？	☐ ない ☐ ある（ ）
間食の回数・時間は決まっていますか？	☐ いいえ ☐ はい ☐ 間食しない → いいえ、はいと答えた方、間食には何を食べますか？ ☐ あめ ☐ ガム ☐ ハイチュー ☐ チョコレート ☐ グミ ☐ 果物 ☐ 和菓子 ☐ 洋菓子(クッキー・ケーキなど) ☐ 米 ☐ 芋 ☐ パン類 ☐ スナック菓子 ☐ せんべい ☐ その他（ ）
よく飲む飲み物は？	☐ 水 ☐ 麦茶 ☐ お茶 ☐ 紅茶 ☐ コーヒー ☐ 牛乳 ☐ ジュース ☐ 炭酸飲料 ☐ 乳酸飲料 ☐ 野菜ジュース ☐ その他（ ）

日常について

何か癖はありますか？	☐ 指しゃぶり ☐ その他（	☐ 鉛筆やタオルを噛む	☐ いつも口が開いている	☐ 頬杖をつく
------------	---	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

その他、ご希望やご質問があればお書きください

西葛西杉井歯科クリニック キッズプラス

nishikasai sugii dental clinic