

問診票

No. _____

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	平成 令和 年 月 日生	才
住所	〒	電話番号	() -	
		学校名	(年生)	

今回は どうなさいましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 痛い	いつから ▶ <input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ____日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から
	<input type="checkbox"/> しみる	どこが? ▶ ()
	<input type="checkbox"/> 腫れた	今は? ▶ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 痛くない
	<input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 歯並び・矯正治療 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング (歯石・着色除去など) <input type="checkbox"/> 学校歯科健診で受診するよういわれた <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> その他 ()	

麻酔・むし歯治療・ 抜歯の経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▶ (その際に何か問題があれば:)
アレルギーや 身体に合わない薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▶ ()
内科的な病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▶ (病名:)
現在、服用中のお薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▶ (薬名:)
その他	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▶ ()

今回のご希望	<input type="checkbox"/> 全体的に検査し必要なら、相談の上 治療したい <input type="checkbox"/> 痛むところだけ、治療したい
今後のご希望	<input type="checkbox"/> むし歯を作らず、お子さんのお口の健康を保ちたい <input type="checkbox"/> むし歯リスクを調べる検査に興味がある (検査代: 3,400 円) <input type="checkbox"/> むし歯等の問題が生じた時に受診したい

当クリニックへの 来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 以前に来たことがある <input type="checkbox"/> 家が近く <input type="checkbox"/> 職場が近く <input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> 兄弟が通っているから <input type="checkbox"/> 親・祖父母・親類が通っているから <input type="checkbox"/> 知人 () さんの紹介で <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------	---

※当院で得られた個人情報につきましては、個人情報保護に関する法令及びその他の規範を尊重し、当院外での使用は一切致しません。



お口の健康に関する問診票

No. _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

家族構成について	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 ____ 名 <input type="checkbox"/> 姉 ____ 名 <input type="checkbox"/> 弟 ____ 名 <input type="checkbox"/> 妹 ____ 名 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 他(_____)
食生活習慣について	間食は <input type="checkbox"/> あまりしない <input type="checkbox"/> する ▶ <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 何かをしながら (よく食べるおやつ: _____)
	常用飲料 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (品名など: _____)
	食事には○、間食には☆を、またお時間もご記入ください。 1日の食事回数 ____ 回 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">起床 (時)</div> <div style="text-align: center;">朝食 (時)</div> <div style="text-align: center;">昼食 (時)</div> <div style="text-align: center;">夕食 (時)</div> <div style="text-align: center;">就寝 (時)</div> </div>

お子さんの 歯みがきについて	仕上げみがき <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ▶ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々
	仕上げみがきは主に誰が? <input type="checkbox"/> お母さん <input type="checkbox"/> お父さん <input type="checkbox"/> その他の方(_____)
	(お子さん自身の)歯みがきには○、仕上げみがきには☆をご記入ください。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">起床</div> <div style="text-align: center;">朝食</div> <div style="text-align: center;">昼食</div> <div style="text-align: center;">夕食</div> <div style="text-align: center;">就寝</div> </div>
	歯みがきにかかる時間 朝(____ 分) 夜(____ 分) その他(いつ ____ 分)
	仕上げみがきにかかる時間 朝(____ 分) 夜(____ 分) その他(いつ ____ 分)
	歯みがきに使用する歯ブラシ <input type="checkbox"/> 子供用歯ブラシ <input type="checkbox"/> 仕上用歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ
	補助器具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ▶ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> ワンタフト
	歯みがき粉・歯みがきジェルの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ▶ (商品名: _____)
その他に使用している物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ▶ <input type="checkbox"/> 洗口剤 <input type="checkbox"/> スプレー <input type="checkbox"/> キシリトールガム	

その他	お口がぼかんと空いていることはありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 頻繁に
	指しゃぶりをしていることはありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 頻繁に
	歯みがき指導を受けた経験はありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	定期健診・メインテナンスの経験はありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

ご記入、ありがとうございました。以下は歯科医院スタッフの記入欄です。

<input type="checkbox"/> パノラマ(N.P. _____)	<input type="checkbox"/> BW(N.P. CO C)	<input type="checkbox"/> IOP
<input type="checkbox"/> だ液検査: ミュータンス菌(_____)	ラクトバチラス菌(_____)	だ液量(_____)
<input type="checkbox"/> その他・n.p.・口呼吸・口唇閉鎖不全・開咬・歯肉肥厚・上唇小帯:	舌小帯:	歯列:
う蝕経験 d (_____)・m (_____)・f (_____) = 計 (_____) 本	PCR(_____)	
Preventive Planning	Caries treatment _____	矯正 /MFT(_____)
	フッ化物(_____)	
	シーラント	
	キシリトール TBI	

※当院で得られた個人情報につきましては、個人情報保護に関する法令及びその他の規範を尊重し、当院外での使用は一切致しません。

