



フリガナ _____ (男・女) 平成 年 月 日生まれ

満 () 歳

氏名 _____ 血液型 A B O AB わからない

自宅住所 (〒 -) 自宅電話番号 () -

緊急連絡先 () -

学校名 _____ 呼び名 (あだ名) _____

○次のことについてお伺いします。(□にチェック、または該当するものにまる○をして下さい)

1) 当医院をお知りになった理由をお聞かせ下さい。

- 知人・家族からの紹介 (ご紹介者 _____ 様) 周囲から聞いた
 建物または看板、広告を見て タウンページ ホームページ 近いから
 交通の便がよい 通勤・通学の途中にある その他 ()

2) どうなさいましたか？(複数回答可)

- 学校で検診の紙をもらった 検診をしてほしい 歯並びについて相談したい
 歯・歯ぐきが痛い (しみる ズキズキする かむと痛い 歯ぐきがはれた)
 虫歯がある フッ素希望 お口の中にできものがある その他 ()

3) 今お痛みですか？

- 痛くない 少し痛い ひどく痛い 我慢できないほど痛い

4) どの場所がいつから痛みますか？(○でかこむ)

- 左上 上前歯 右上 今日から () 日前から
 左下 下前歯 右下 他院で治療中 他院で治療中断

5) 前回歯科治療を受けられたのは

- 初めて 他院で (最終日 年 月頃) フッ素塗布のみある

6) そのときの状態は

- まったく出来なかった 出来るまでに時間がかかった じょうずに出来た

7) 1日の歯ブラシ回数

- 1回 2回 3回 3回以上 時々忘れる 仕上げ磨きもしている

↓裏面へ続く↓

8) 今までにかかった大きな病気はありますか(現在治療中も含む)

なし あり(病名)

9) 現在飲んでいる薬は

なし あり(薬名:)

10) 現在の健康状態は

不良 普通 良好 風邪をひいている 鼻がつまっている

11) お子様の体質は

異常なし ぜんそく(病名) 血がとまりにくい じんましん
アレルギー【麻酔薬 食物() 内服薬()】
その他()
風邪をひきやすい 熱をだしやすい 鼻がつまりやすい かぶれやすい

12) 治療に対する希望は(複数回答可)

全部治したい 痛みのある歯、困っているところだけでよい
極端に“こわがり”なので注意してほしい
お子さんの意見を尊重し、無理に治療しないでほしい
お子さんが治療を嫌がっても、必要があれば治療してほしい
お子様の歯ならびも含め治療に関するカウンセリングを受けたい
↓↓そのた、言っておきたい事やご希望があればご記入下さい↓↓

13) 以前に次のようなことがありましたか

麻酔をして気分が悪くなった 薬を飲むとじんましんが出た 薬を飲むと胃が ağる
薬を飲むとお腹がゆるくなる そのた()

【お子様アンケート】

しばたデンタルクリニックではお子様の虫歯を治すだけでなく、虫歯の予防治療、大人になっても困らないお口の中の環境づくりに力を入れています。このような治療を行うにあたり、お子様の私生活における多くの情報が必要になりますのでできるだけわかる範囲内でお答え下さい。

1、質問用紙の記入者名() 本人との関係()

2、お子様の性格について当てはまるもの全てに○

泣き虫 強がり 聞きわけがよい 反抗的 落ち着きがある 落ち着きがない 友達が多い 友達が少ない
気が弱い 気が強い 大勢で遊ぶ 一人で遊ぶことが多い おしゃべり 無口なほう

3、お子様のくせについて当てはまるもの全てに○

指をくわえる 唇を吸う 唇をかむ 爪をかむ ほおづえをつく(左・右) いびきをかく はぎしりをする
よく口が開いている 舌のくせがある(舌をかむ・舌をよく出す等)

4、主にどなたがお子様の面倒を見ていますか? 本人との関係()

5、好きな食べ物は?() () ()

6、お子さまの好きな物は?キャラクターなど()