診察券　紙 ／ LINE

小児問診票

日付　　／　　／
ID

フリガナ
お名前

ニックネーム

性別　男 ／ 女

生年月日　西暦　　年　　月　　日（満　　歳）

ご住所　〒　　市・郡・区

通われているところ
（保育園・小学校等）

TEL

自宅／父／母
その他（　　）

同居されているご家族に〇をつけてください　祖父 ／ 祖母 ／ 父 ／ 母 ／ 兄 ／ 姉 ／ 弟 ／ 妹

今日来院された理由は？

- ☐ むし歯が心配　☐ 歯石が気になる　☐ 歯並び　☐ 歯ぐきの腫れ
- ☐ むし歯　（ しみる ・ 痛い ・ その他 ）
- ☐ ケ　ガ　（ 打った ・ 折れた ・ 歯ぐきが切れた ・ その他 ）
- ☐ 抜　歯　＊その他なにかありましたらカウンセリングでスタッフにお伝えください

お子さんの体調についてお尋ねします

- ☐ 元気　☐ 便 秘　☐ 夜泣き　☐ 花粉症
- ☐ 鼻詰まり　☐ アレルギー　（　　）
- ☐ 体調が不安定　☐ その他　（　　）

今までかかった病気はありますか？

- ☐ 特になし
- ☐ ある　（　　）

現在飲んでいるお薬はありますか？

- ☐ 飲んでいない
- ☐ アレルギー　☐ 風邪薬　☐ その他　（　　）

歯科に通われたことはありますか？

- ☐ いいえ
- ☐ はい
  - → いつ頃受診されましたか？　（　　年　　ヵ月前 ）
  - → 受診された理由は？　☐ 治療　☐ 定期健診　（ クリーニング ）
  - → 受診時の様子はいかがでしたか？　例）上手にできた　（　　）
  - → 当院にどんなことを期待されますか？　（　　）
  - → 他医院からの紹介状はありますか？　☐ はい　☐ いいえ

当院をお知りになった理由は？

- ☐ 知人・家族からの紹介　ご紹介者様名：　　☐ 看板・建物を見て
- ☐ 近いから　☐ ホームページを見て　☐ その他　（　　）

ほかにも相談したいこと、伝えたいことなどがありますか？

- ☐ 特になし
- ☐ だ液検査　（ 5分ガムを噛めるお子様 ）　☐ 指吸い　☐ 歯並び　☐ 矯正
- ☐ 歯ぎしり　☐ いびき　☐ その他　（　　）

マイナ保険証を提出された方のみ

当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴、健診歴、服薬情報等）を取得することに同意しますか？

☐ はい　☐ いいえ

おやつ

- ・おやつの時間は？　☐ 決めている　☐ 決めていない
- ・何を食べていますか？　（　　）
- ・何を飲んでいますか？　☐ 100％ジュース　☐ ヤクルト　☐ 炭酸飲料　☐ 牛乳　☐ お茶 ・ 水

歯みがき

- ・みがく回数は？　☐ 1日　　回　いつ？（　　）
- ・何を使っていますか？　☐ 歯みがき粉　☐ フッ素ジェル　☐ 素みがき　☐ フロス　☐ 糸ようじ
- ・仕上げみがきはしていますか？　☐ はい　→ いつしていますか？ ☐ 朝　☐ 昼　☐ 夜　体勢は？（　　）
  ☐ いいえ

● ご記入ありがとうございました。 ●

栄田歯科こども歯科クリニックでは、ご記入いただいた内容に基づいてカウンセリングをしております。

栄田（さかえだ）歯科こども歯科クリニック