



初診日 _____
加付NO _____

ふりがな		呼び名							
氏名									
生年月日	平成	年	月	日生	満	歳	男	女	
住所	〒								
電話番号	携帯番号								
E-mail									
家族構成	父	母	祖父	祖母	兄	姉	弟	妹	(第 子)
当クリニックへは何を見ていらっしゃいましたか？									
紹介 (様)		HP	看板	ご近所	その他 ()			

①どうなさいましたか？

- むし歯がある 歯が痛い 歯のクリーニングをして欲しい
健診をして欲しい 歯並びが気になる その他 ()

②それはどこの部分ですか？

箇所	左上	前上	右上	<input type="checkbox"/> 全部	<input type="checkbox"/> その他 ()
	左下	前下	右下		

③いつごろからですか？ (痛みのある方へ)

- 今日から 昨夜から 日前から ずっと前から 時々
その他 ()

④どのように痛みますか？

- ズキズキ痛い かむと痛い ときどき痛い 冷たい物がしみる
熱い物がしみる その他 ()

⑤歯を抜いたことがありますか？

- ない ある (年前) (カ月前)

※その時、何か異常はありましたか？ (歯を抜いたことがある方へ)

- ない 何日も痛んだ 血が止まらなかった 熱が出た
その他 ()

⑥歯の治療で麻酔をしたことがありますか？

- ない ある
 ※その時、何か異常はありましたか？ (麻酔をしたことがある方へ)
ない ある (症状:)

⑦お子様は今までに歯の治療を受けた事がありますか？ ある ない

⑧その時、十分な治療が受けられましたか？ できた できなかった

⑨今までに大きな病気をしましたか？

ある → 病名 (歳頃) ない

⑩過去に手術をされたことがありますか？

ない ある (いつ頃ですか：)

⑪現在、通院をしていますか？

はい → 病名 病院名 いいえ

⑫現在服用している薬はありますか？

ある → 薬名 いいえ

⑬薬や食べ物でアレルギー反応を起こした事がありますか？

ある () ない

⑭何か癖はありますか？

指しゃぶり 爪噛み タオルなどをくわえる 唇を噛む
歯ぎしり いつまでも食べ物を口に入れている
その他 ()

⑮平日昼間はどこで過ごす事が多いですか？

保育園 幼稚園 学校 自宅 祖父母の家
その他 ()

⑯食べ物の好き嫌いがありますか？

ある ない

⑰おやつ回数、時間は決まっていますか？

はい → 回 時頃 いいえ

⑱おやつはどんな物が多いですか？

あめ チョコレート ガム クッキー スナック菓子 おせんべい 果物類
ヨーグルト ジュース 乳酸飲料 炭酸飲料 その他 ()

⑲お子様の歯磨きはいつ行っていますか？

朝 昼 夜 毎食後 決まっていない
どなたが行いますか？
子供ののみ 親のみ 子供の後に親 親の後に子供

⑳ご家庭でフッ素を使用していますか？

はい → どの様なタイプのフッ素ですか？ うがい 歯磨き粉 スプレー ジェルタイプ
いいえ

※保護者の方から見て気になることはございますか？

()

当院では、お子様の健やかな口腔育成のため、フッ素塗布、歯並び相談、定期健診を行っております。

