

はないけ歯科（こども版 11才まで） 問診票

(フリガナ) お名前		ニックネーム		男 女	平成 令和	年	月	日生	年齢 才
自宅住所 〒									
自宅電話 ()					携帯電話 ()				
メールアドレス (予約の確認及び変更などのご連絡に使用させていただきますか? 1. はい 2. いいえ) @									
世帯主名 (又は保護者)		続柄	職業	連絡先					
学校名			小学校 幼稚園 保育園	電話 ()					
通院に便利な曜日と時間帯				曜日 時頃					

以下の質問にできるだけ正確にお答え下さい。当歯科医院ではあなたの健康を保持するためにお役に立ちたいと考えています。
言葉及び○印を記入して下さい。

① 今日はどうされましたか？（簡単に結構です）

症状 _____

部位 _____

1. 前歯 上 _____ 下 _____

2. 奥 右上 _____ 左上 _____

右下 _____ 左下 _____

いつ頃から _____

1. 歯が痛む

2. 歯がしみる

3. ぐらぐらの歯がある

4. 歯ぐきが腫れた

5. 歯ならびの相談

6. 歯垢とり希望

7. 検診希望

8. フッ素希望

(2) 歯科医院は初めてですか？

1. はい
いいえの方
最近通っていた歯科医院（医院

2. いいえ

）

③ 当院をどのように知りましたか？

1.	看板をみて	
	A 歯科医院の看板	B 駅の看板
		C 電柱の看板
2.	電話帳をみて	
3.	インターネットをみて（ホームページ／フェイスブック）	
4.	知り合いからの紹介で	
	（紹介していただいた人のお名前	）
5.	医療機関からの紹介（	歯科医院）
6.	評判をききつけて	

④ 現在、病気・障害等がありますか？

1.	ない	
2.	ある	()

⑤ 当院までの通院手段は？							
1.	車で	約	分	2.	徒歩で	約	分
3.	自転車で	約	分	4.	電車で	約	分

⑥ お薬(麻酔も含めて)、食べ物、アクセサリのアレルギーはありますか？

1. はい
わかれば、アレルギーをおこすお薬、食べ物の名前を教えてください
()

2. いいえ

⑦ 歯みがきは 1 日何回しますか？

1. ほとんど歯みがきをしない
2. たまに歯みがきをする
3. 毎日、朝・晩 2 回歯みがきをする
4. 毎日、1 回歯みがきをする

⑧ 甘いものが好きですか？

1. ほとんど毎日甘いものを食べる
2. 2～3日に1度くらい甘いものを食べる
3. 1週間に1回くらい甘いものを食べる
4. 甘いものが好きではない

⑨ 歯ならびについて気になることがありますか

1. 歯ならびについて先生に相談したい
2. 歯ならびはいいので、問題ないと思う
3. 歯ならびはよくないが、気にしたことはない
4. 矯正治療に興味がある

⑩ お母さんから、歯科医師にお子さんの歯のことで何か相談したいことがあれば、お書き下さい。
(歯ならび、むし歯、歯肉の状態、歯ぎしりなど)

⑪ お子様に対してどういった治療方法をお望みですか？
(おさえつけない・おさえなくても希望・やさしくなど)

⑫ はいないけ歯科主催のキッズクラブに興味はありますか？

1. ある 2. ない

ご回答ありがとうございました。治療をすすめる上で参考にさせていただきます。



医療法人颯真会
ないけ歯科
 Hanaike Dental Clinic