

記入日 年 月 日 No.

ふりがな (男・女) 愛称:

お名前(お子様): 生年月日: 西暦 年 月 日生(歳)

学校・園名: (第 学年)

〒 電話番号:

ご住所: 保護者氏名: (続柄:)

1. どうなさいましたか? むし歯を治したい 歯がぐらぐらする 歯ぐきをはれた
 当てはまる所にすべて フッ素塗布・検診 生え変わりが気になる 口臭が気になる
 チェックをしてください 詰め物/かぶせ物がとれた 歯石をとってほしい
その他()

2. お痛みはありますか? いいえ
はい (今日から・ 日前から)
 どこが痛みますか? 歯 歯ぐき あごの関節

3. 食べる機能・話し方について 日常の様子で当てはまるものにチェックを入れてください。
 (歯並びに直結する大切な お口を開けたまま食べる 食べているときペチャクチャ音がる
 ご質問です) あまり噛まないで丸飲みする 硬いものを食べたがらない
水やお茶で流し込むように食べる よくむせる
食べるのが極端に「早い」または「遅い」
なかなか飲み込まず、口の中にため込んでいる
噛み癖がある (前歯 奥歯 / 右側のみ 左側のみ)
言葉が聞き取りにくいことがある(具体的:)

4. お鼻・喉の状態と呼吸に 現在、気になる症状はありますか?
 ついて 鼻がよくつまる よく口で息をしている(口がぽかんと開いている)
 (歯並びに直結する大切な 睡眠中にいびきをかく 扁桃腺が腫れやすい(扁桃肥大の指摘がある)
 ご質問です) 耳鼻科などの既往歴はありますか?
鼻炎(アレルギー性含む) 蓄膿症(副鼻腔炎) 喘息
その他()

5. お口の癖・生活習慣について 現在、または過去に以下の習慣がありましたか?
 指しゃぶり・おしゃぶり: なし あり(時期: 歳頃～ 歳頃) 現在もある
 爪を噛む・唇を噛む: なし あり(時期: 歳頃～ 歳頃) 現在もある
 舌を出す・舌を触る癖: なし あり(時期: 歳頃～ 歳頃) 現在もある
 ほおづえをつく: なし あり(時期: 歳頃～ 歳頃) 現在もある
 寝るときの姿勢: 仰向け うつ伏せ
特定の姿勢()

次ページもご覧ください

6. アゴ・歯並びについて

歯並びや口元で気になることはありますか？

- 非常に気になる 少し気になる 特になし

アゴの状態について:

- アゴを鳴らす癖がある 関節から音がする 歯ざしりをする くいしばり

7. 全身状態・既往歴

アレルギーはありますか？

- ない
ある (薬: 食物: 金属:
その他:)

現在、治療中の病気や常用しているお薬はありますか？

病名() 薬品名()

- 今までの歯科治療での様子: 初めて 問題なくできた
泣いた 嫌がった 暴れた

8. 今までの歯科治療で異常はありましたか？

- ない
ある 気分が悪くなった 気を失った 血がとまりにくい 熱が出た

9. 他科に通院されていますか？

- いいえ
はい (病院名: 病名:)

10. 歯科(他院)に通院されていますか？

- いいえ
はい (病院名:)

11. お子様は以前に歯科診療を受けられましたか？

- いいえ
はい (年 月ごろ 治療で・予防処置で)

12. お子様は治療中に泣いて、治療を続けるのが困難になった時症状によって、ご説明、ご相談しますが治療はどうされますか？

- 治療できた 泣いた
相談の上、決めたい

13. ご家族の方が当院に通われている方は教えてください

- (お名前 続柄 年齢)
(お名前 続柄 年齢)
(お名前 続柄 年齢)

14. 当院をお知りになった理由をお聞かせください。

- 家族・知人から評判を聞いて(お名前:)
建物を見て(近くを通過) 看板を見て ホームページを見て
タウンページを見て SNS 当院 ほかの病院からの紹介
その他()

15. 通院困難な曜日・時間帯

- 月 火 水 木 金 土 日
(: ~ :)

ご協力ありがとうございました。