

ふりがな
お名前

愛称

生年月日

20 年 月 日

歳 か月

保育園・幼稚園・学校名

ご住所 〒

記入者お名前

続柄 ()

電話番号

携帯番号

アドレス

@

本日はどうなさいましたか？

- ☐健診 ☐むし歯がある ☐学校の検診結果 ☐その他 ()
- ☐歯並びが気になる (☐ガタガタ ☐出っ歯 ☐受け口 ☐その他 ())
- ☐痛い ☐けが いつからですか？ ()

現在のお体の状態について

- ・現在、他のお医者さんにかかっていますか？
☐いいえ ☐はい (科名： 科)
(病名：)
- ・服用中のお薬はありますか？
☐いいえ ☐はい (医薬品名：)
- ・体に合わないお薬はありますか？
☐いいえ ☐はい (医薬品名：)
- ・アレルギーはありますか？
☐いいえ ☐はい (ゴム・金属・花粉・鼻炎)
(その他：)
- ・治療時、気分が悪くなった事がありますか？
☐いいえ ☐はい
- ・全身的、成長等で指摘を受けたことがありますか？
☐いいえ ☐はい はいとお答え頂いた方は
下記に具体的な内容をご記入ください
()

過去の歯科治療について

- ・過去に歯科医院を受診したことはありますか？
☐いいえ ☐はい
- はいと答えた方へ (医院名：)
- ☐健診 ☐治療 ☐けが
- ☐その他 ()

歯磨きについて

- ・いつ歯磨きをしますか？
☐朝 ☐昼 ☐夜 仕上げ磨き (あり・なし)
歯磨きの時間は 約 分
- ・使用しているケアグッズを教えてください
- ☐歯ブラシ ☐フロス・糸ようじ ☐歯間ブラシ
- ☐歯磨き粉 ☐フッ素ジェル ☐洗口液
- ☐使っていない ☐その他 ()

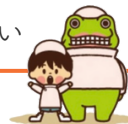
過去にかかった病気について

- ☐心疾患 ☐扁桃肥大 ☐熱性けいれん
- ☐喘息 ☐アトピー ☐小児てんかん
- ☐アナフィラキシーショック
- ☐その他 ()

生活について

- ・お子さんの普段の様子を一番知っている方
☐母 ☐父 ☐祖父母 ☐その他
()
- 就学前の子の保護者の方へ
- ・卒乳はいつ頃しましたか？
☐ (歳 か月頃) ☐まだしていない

裏面もご記入ください



ご家族について

同居しているご家族全員をご記入ください
また、当院(北口・南口)に通われたことのある方は
○をつけてください(矯正・小児歯科は北口です)

例

ふりがな はなこ 続柄 母 北・南
スマイル 花子
生年月日：西暦 1990 年 6 月 14 日 (〇〇 歳)

ふりがな 続柄 北・南
生年月日：西暦 年 月 日 (歳)

ふりがな 続柄 北・南
生年月日：西暦 年 月 日 (歳)

ふりがな 続柄 北・南
生年月日：西暦 年 月 日 (歳)

ふりがな 続柄 北・南
生年月日：西暦 年 月 日 (歳)

ふりがな 続柄 北・南
生年月日：西暦 年 月 日 (歳)

ふりがな 続柄 北・南
生年月日：西暦 年 月 日 (歳)

食生活について

・よく食べるおやつはどんなものですか？

- ☐アメ ☐チョコレート ☐グミ
☐アイス ☐スナック菓子 ☐ガム
☐お煎餅 ☐クッキー ☐ヨーグルト
☐おにぎり ☐フルーツ ☐芋・野菜
☐その他 ()

・飲み物は何を飲むことが多いですか？

- ☐水 ☐お茶 ☐牛乳 ☐乳酸菌飲料
☐炭酸飲料 ☐スポーツドリンク
☐野菜ジュース ☐フルーツジュース
☐その他 ()

口腔機能について



食べる

- ☐食べるのが速い・遅い
☐くちゃくちゃ食べをする



話す

- ☐発音・滑舌が悪い
☐舌小帯に異常がある
☐お口が常にあいている



呼吸

- ☐口呼吸がある
☐鼻詰まり・鼻声
☐口臭が気になる



その他

- ☐指しゃぶり ☐唇を噛む
☐唇を舐める ☐爪を噛む
☐頬杖をつく ☐姿勢が悪い
☐タオルなどを噛む ☐肥満・やせ

普段のクセなどについて気になることがあればご記入ください

その他担当に伝えたいことがあれば
ご自由にお使いください

アンケートとお願い

当院のSNSに診療中の写真を掲載
させて頂いてもよろしいでしょうか？
尚、お名前などは写りません

- ☐載せてOK
☐顔が写らなければOK
☐載せないでほしい



ご記入ありがとうございました

