

小児歯科問診表			
フリガナ	男	ちゃん	
患者氏名	女	愛称	くん
生年月日	西暦	年	月 日 (歳 ヶ月)
ご住所 〒			
保護者氏名		TEL	
当院をお知りになったきっかけは	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介さまのお名前 様) <input type="checkbox"/> 口コミを見て <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> インスタグラムを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> その他()		

お子様の今までの成長についてお伺いします			
薬の副作用・アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬名() その他() 症状()		
現在服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬名()		
大きな病気や怪我をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名() <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 発達障害 特性()		
現在通院していますか？	通院している場合 病院名() 病名()		
お子様の現状についてお伺いします			
今日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い (<input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れ <input type="checkbox"/> 出血) <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせ物がはずれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしたい・歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 学校検診で治療をすすめられた <input type="checkbox"/> その他()		
どこが痛みますか？ 気になりますか？	左上	上前	右上
	左下	下前	右下
	<input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> その他		
痛みのある患者様にお伺いします			
いつから痛みますか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 数日前から <input type="checkbox"/> 1週間以上前		





歯並びチェックシート



☑ 普段のお子様について、以下の質問にお答えください。

【口元についてのチェック】

- 気が付くと口が開いている
- 唇が渴いている
- 歯並びが悪い
- 上の口唇がM字型になる
- 口角が下がっている
- 下口唇を噛む癖がある。

どこの歯のどのような状態が気になりますか？

【癖・習慣についてのチェック】

- 鼻が詰まる
- 口呼吸している（お口ポカンの顔）
- 話を聞くと頬杖をする姿勢になる
- 指しゃぶりする
- 下の顎を出す癖がある
- 睡眠中に口を開けていたり、いびきを家族に指摘される
- 目が覚めた時に口臭を感じる
- 熱心に歯を磨くのに、前歯が薄茶色に着色しやすい
- 発音が明瞭でない（舌足らずである）
- 食事に時間がかかる（30分以上）、もしくは早すぎる（丸飲みしている）
- 食べ物を飲み込むのが上手ではない
（例：食べ物をくちやくちやして飲み込めない、食べこぼしをよくする）
- 鉛筆や爪を噛む癖がある
- 唇を（なめる・かむ・吸う）癖がある

【全身についてのチェック】

- 体力がない（疲れやすい、風邪をひきやすい等）
- 喘息、アトピー性皮膚炎がある
- 鼻炎がある
- 上を向いて寝るのが苦手（うつぶせ寝・横向き寝）が好き
- 立位・座位での姿勢が悪い（猫背）
- 横を向いて食事をする
- 片足立ちができない
- 口笛ができない

スタッフ記入欄

【歯並びについてのチェック】

- 歯並びを悪くする原因となる癖を改善するトレーニングの話をききたい
- お子様のおくちの現状と原因・改善策について話をききたい
- あまり興味がない