

問診票 (3歳までのお子様用)

年 月 日

ふりがな お名前	ニックネーム		ご兄弟がいっらしやる方 兄弟姉妹	
生年月日	性別	身長	体重	
西暦 年 月 日	生まれ 才 男・女	cm	kg	
保護者氏名	ご住所〒	自宅 Tel	携帯 Tel	
予約確認メールが送信されますのでなるべくお書きください				
携帯メール @	パソコンメール	@		
ご紹介者がいらっしゃいましたらお書きください				
当院は何でお知りになりましたか？				
様 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> 前を通過 <input type="checkbox"/> その他				

どうなさいましたか？ 予防してほしい 歯並びが心配 それはどこですか？

右上	上前	左上
右下	下前	左下

 痛む むし歯らしきものを発見した

現在内科的な病気にかかっていますか？ はい (病名:) いいえ

風船などのゴム製品へのアレルギーはありますか？ はい いいえ

主に昼間、接している人は誰ですか？ 母 父 祖父母 保育園に通っている その他 ()

主に母乳でしたか？ ミルクでしたか？ 母乳 ミルク 母乳とミルク混合

卒乳・断乳しましたか？ いつ頃でしたか？ した (歳 ヶ月) まだしていない

好きな食べ物はなんですか？ ()

間食はしていますか？ 何時くらいに食べますか？ している () 時 () 時 () 時 していない

何をよく食べますか？ ()

歯磨きはいつしますか？ 朝 昼 晩 就寝前 その他 ()

歯磨きをしないで寝てしまうことがありますか？ よくある とときどきある ほとんどない ない

仕上げ歯磨きはしていますか？ はい いいえ

歯磨き粉を使っていますか？ 何を使っていますか？ 使っている (銘柄:) 使っていない

うがいはできますか？ できる できない

歯ブラシ・歯磨き粉以外の口腔ケアアイテムを使っていますか？

使っている フロス マウスリング フッ素洗口剤 その他 () 使っていない

海外に居住 (本人が) していたことはありますか？ はい (国名 期間) いいえ

顔写真を撮影してもいいよろしいですか？ はい いいえ

院内でのお子様のケガ及び事故、トラブル等については
当院では責任を負いかねますので、ご了承ください。 同意します



setagaya street
dental office
shoinjinyamae

世田谷通りデンタルオフィス松陰神社前
東京都世田谷区世田谷4-1-3 世田谷医療 COMMUNITY 4F

Te l : 03-3706-6480