

問診票 (6~12歳までのお子様用)

年 月 日

ふりがな お名前		ニックネーム		ご兄弟がいらっしゃる方 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"/> 前を通過して <input type="checkbox"/> その他		

どうなさいましたか？ 予防してほしい むし歯らしきものを発見した 痛む 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

いつごろからですか？ 今朝から 昨晩から
それより前から

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

おやつは毎日食べていますか？ はい いいえ 時間を決めていますか？ はい いいえ

どのくらいの時間ですか？ 10分以内 15分以内 30分以内 35分以上

主にどのようなものを食べますか？ クッキー おせんべい チョコレート 飴・グミ・キャンディー

一緒にどのような飲み物をのめますか？

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

普段はどのような飲み物を飲みますか？

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

食事は3食きちんと食べていますか？ はい いいえ 大人と同じものを食べますか？ はい いいえ

どのくらいの時間で食べていますか？ 10分以内 15分以内 30分以内 30分以上

好き嫌いがありますか？ はい いいえ

好きな食べ物はありますか？ () 嫌いな食べ物はありますか？ ()

歯磨きは1日何回しますか？ 1回 2回 3回 4回以上

何分くらい磨きますか？ 1分 2分 3分 4分以上 仕上げ磨きはしていますか？ はい いいえ

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
shoinjinjamae

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