

問診票 (中学生のお子様用)

年 月 日

ふりがな  
**お名前** ご兄弟がいらっしゃる方  
**兄弟姉妹**

**ニックネーム**

---

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** ご家族 知人 ネット 前を通過 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

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

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

部活動は何部ですか？ ( )

睡眠時間を教えてください ( ) 時間

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