

ふりがな  
お名前

愛称

生年月日

初診日

20 年 月 日

保育園・幼稚園・学校名

男・女

ご住所 〒 -

電話番号 -

携帯番号 0 0 -

記入者お名前

続柄 ( )

メールアドレス

@

## 今日はどうなさいましたか？

- むし歯  痛い  健診  
 歯並び  
 ガタガタ  出っ歯  受け口 遺伝 有・無  
 けが  
 学校の検診結果  
 その他 ( )  
 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 )  
 アレルギーはありますか？  
 いいえ  
 はい  
 (ゴム・金属・薬・その他: )  
 現在服用しているお薬はありますか？  
 いいえ  
 はい (薬剤名: )  
 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具体的に下記にご記入ください  
 ( )

## 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 ( 歳頃)  
 はいと答えた方へ  
 歯科医院名:  
 その時何をしましたか？  
 健診  治療  けが  その他

## 過去にかかった病気について

- 心疾患  喘息  アトピー  
 扁桃腺  ひきつけ  小児てんかん  
 アナフィラキシーショック  
 アデノイド  その他 ( )

## 歯磨きについて・日常生活について

- いつ歯磨きがきをしますか？  
 朝  昼  夜  磨かない  
 歯磨きの時間 約 分  
 お子さんの普段の様子を一番知っている人は誰ですか？  
 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



同居させている方全員をご記入ください  
また、南口・北口に選ばれたことのある方は○をつけてください。

NAME:

ピカエル

続柄

父

北

南

ふりがな

続柄

北

南

↳ 生年月日: T S H R 年 月 日 ( 歳)

ふりがな

続柄

北

南

↳ 生年月日: T S H R 年 月 日 ( 歳)

ふりがな

続柄

北

南

↳ 生年月日: T S H R 年 月 日 ( 歳)

ふりがな

続柄

北

南

↳ 生年月日: T S H R 年 月 日 ( 歳)

ふりがな

続柄

北

南

↳ 生年月日: T S H R 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  ガム  
 お煎餅  クッキー  ヨーグルト  
 フルーツ  その他

飲み物は何を飲むことが多いですか？

- お茶  水  ジュース  乳酸飲料  
 野菜ジュース  炭酸飲料  牛乳  
 スポーツドリンク  その他

## 口腔機能について

● 食べる

- 唇を開けて噛んでいる  
 音を立てて食べている  
 食べこぼしが多い  水分をよくとる  
 よく噛んでいない  食べるのが早い  
 迎え舌をする  食べるのが遅い  
 やわらかいものを好む

● 話す

- 滑舌が悪い  発音は不明瞭  
 話す時に舌がある  口角に唾液がたまる  
 噛み合わせた時に常に舌が見える

● 呼吸

- 扁桃腺肥大がある  睡眠時いびきがある  
 睡眠時口呼吸がある  
 口が常に大きく開いている  
 口がわずかに開いている

● 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  
 タオルなどを噛む  姿勢が悪い

## アンケートとお願い

● 当医院の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、お名前などは書きません

- 載せてOK  
 顔が写らなければOK  
 載せないでほしい

Instagram



ご記入ありがとうございました

