

()

ふりがな

生年月日 昭和・平成 年 月 日 年齢 歳 ヶ月

ご住所〒

電話番号 () ————— (携帯電話 ————)

学校名または園名（学年）

予防検診・フッ素塗布・歯磨き指導・歯並び相談・虫歯の治療・歯ぐきの異常・歯の痛み

その他 ()

2. どなたかのご紹介ですか？ ・はい お名前（ ）

・いいえ 近所だから・近くを通るから・看板広告を見て・電話帳を見て
インターネットで見て・家族がかかっているから

3. 歯の治療経験はありますか？

ない ・ ある （最後に治療したのは 歳 ヶ月頃 歯科医院で）

a) 治療は上手にできましたか？

できた ・ 応急処置のみできた ・ なんとかできた ・ できなかった（理由 ）

b) 治療のとき麻酔の注射はしましたか？

はい ・ いいえ

4. 今までに入院や手術が必要な病気をしたことがありますか？（歯科と直接関係ないものも含めて）

ない ・ ある (歳 ヶ月頃 病名等 病院名)

(歳 ヶ月頃 病名等 病院名

5. 現在、通院している病院がありますか？（歯科と直接関係ない発達や心疾患も含めて）

ない ・ ある （病名等 服用中の薬 病院名 ）

(病名等 服用中の薬 病院名)

6. 薬や食べ物のアレルギーなどがありますか？

ない ・ ある （薬物 食べ物）

7. 血が止まりにくかったことがありますか？

ない ・ ある (どんなときでしたか?)

＜お子様の生活環境についてお答え下さい。＞

8. 家族構成について

お名前	本人との続柄	年齢	職業または学校名・学年

裏面もご記入下さい

9. ご家庭で主に面倒を見るのはどなたですか？ 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他（ ）
10. 母乳でしたか？ 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳
11. 離乳（断乳）はいつ頃でしたか？ まだ ・ 離乳開始 才 ヶ月～完了 才 ヶ月頃
12. ほ乳ビンはいつ頃まで使用しましたか？ 使っていない ・ まだ使用中 ・ 才 ヶ月頃まで使用
13. 歯をみがいていますか？ 毎日 ・ ときどき ・ みがかない
- 13-1. いつみがいていますか？ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 間食後 ・ 就寝前 ・ その他
- 13-2. 誰がみがきますか？ 子供が自分で ・ 子供がみがいた後親がみがく ・ 親がみがく
14. 歯みがきの方法をどこかで習ったことがありますか？ いいえ ・ はい（どこで ）
15. フロス（糸ようじ）を使用していますか？ はい ・ ときどき いいえ
16. 歯ブラシはどのようなものをお使いですか？ 歯科専売品 ・ 市販品（ ）
17. 今までにフッ素を塗ったことがありますか？ いいえ ・ はい（最後は 才 ヶ月頃）
18. おやつはどのようなものをよく食べていますか？
アメ・ガム・チョコ・ビスケット・スナック類・ヨーグルト・果物・乳酸飲料・炭酸飲料・スポーツ飲料・
ジュース・麦茶等・その他（ ）
19. おやつの時間は決めていますか？ いいえ ・ はい（ 時頃 時頃 時頃）
20. 寝る前（歯磨きの後）や夜間に飲食しているものがありますか？ いいえ ・ はい（ ）
21. 何か癖がありますか？ ない ・ ある
（指しゃぶり・唇をかむ・爪を噛む・口で息をする・いびきをかく・歯ぎしり）
22. お子さまの性格は？ 明るい ・ おとなしい ・ 活発 ・ 泣き虫 ・ 甘えん坊 ・ 人見知り
23. 一日のスケジュールについて（右側におやつ・お昼寝・幼稚園保育園・学校の時間をご記入ください）

起床 時 分頃

朝食 時 分頃

←例）お昼寝10時30分

昼食 時 分頃

夕食 時 分頃

就寝 時 分頃

24. 当院に対するご要望やご意見がありましたらご記入ください。

ありがとうございました。