

問診表

記入日 年 月 日

フリガナ お名前	男 女	呼び名	生年月日 平成・令和 年 月 日 (才)
ご住所 〒		保護者の方の名前	
		電話番号 自宅 携帯	
幼稚園・学校名	幼稚園・学校が終わった後の行先	同居している家族構成 父・母・祖母・祖父・兄・姉・弟・妹・()	
ご紹介者がいらっしゃいましたらお書きください 様		当院は何でお知りになりましたか？ ●ご家族 ●知人 ●ネット ●近くを通過 ●その他	

①今回はどうなさいましたか？

- 予防をしてほしい ● 虫歯らしきものを発見した
- 痛む ● 歯並びが心配

②それはどこですか？

右上奥歯	上前歯	左上奥歯
右下奥歯	下前歯	左下奥歯

③いつごろからですか？

- 今朝から ● 昨夜から
- それより前から ()

①内科的な病気はありますか？

- はい (病名)
- いいえ

②現在飲んでいる薬はありますか？

- はい (お薬手帳：あり・なし)
- いいえ

③当てはまるものはありますか？

- 風邪を引きやすい ● 鼻が詰まりやすい
- 扁桃腺が腫れやすい ● よく熱を出す
- 傷が治りにくい ● けいれんを起こしやすい

④薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？

- はい ()
- いいえ

①おやつは毎日食べますか？

- はい ● いいえ

時間を決めていますか？

- はい (分位) ● いいえ

②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・ガム・グミ ● おにぎり

③普段どのようなものを飲みますか？

- 水 ● お茶 ● 牛乳 ● ジュース
- スポーツ飲料 ● 炭酸飲料

④食事は3食きちんと食べていますか？

- はい ● いいえ

⑤睡眠時間はどのくらいですか？

() 時間

⑥1日の生活リズムは決まっていますか？

- はい ● いいえ



①歯磨きは1日何回しますか？

- 1回
- 2回
- 3回
- 4回以上

②仕上げ磨きを行いますか？

- はい（どなたが？）
- いいえ

③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 ●マウスウォッシュ
●フッ素洗口剤 ●その他）
- 使っていない

①当てはまる癖はありますか？

- 指しゃぶり
- おしゃぶり
- 舌足らずな話し方
- 舌やタオルなどをよく噛む
- 頬杖をつく
- 舌を上下の歯の間によく出している
- 唇を噛む・吸う
- よく口を開けている・口呼吸
- 爪を噛む

②お子様の将来の歯並びについて気になりますか？

- はい
- いいえ

その他、質問・ご要望・伝えておきたい事があれば記入してください

記入者署名： _____（続柄 _____）

※ご記入いただいた個人情報は診察のみに使います。ご協力ありがとうございました。



米沢ファミリー歯科・矯正歯科

Yonezawa Family Dental and Orthodontic Clinic