

問診票 (3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				
様		当院は何でお知りになりましたか？		
		<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> 前を通過 <input type="checkbox"/> その他		

どうなさいましたか？ 予防をしてほしい 歯並びが心配 痛み むし歯らしきものを発見した

それはどこですか？

右上	上前	左上
右下	下前	左下

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

主に昼間、接している人は誰ですか？ 母 父 祖父母 保育園に通っている その他()

主に母乳でしたか？ ミルクでしたか？ 母乳 ミルク 母乳とミルク混合

卒乳・断乳しましたか？ いつごろでしたか？ した(歳 カ月) まだしていない

好きな食べ物は何かですか？ ()

間食はしていますか？ 何時くらいに食べますか？ している()時()時()時 していない

何をよく食べていますか？ ()

歯磨きはいつしますか？ 朝 昼 晩 就寝前 その他()

歯磨きをしないで寝てしまうことがありますか？ よくある ときどきある ほとんどない ない

仕上げ磨きはしていますか？ はい いいえ

歯磨き粉を使っていますか？ 何を使っていますか？ 使っている(銘柄:) 使っていない

うがいはできますか？ できる できない

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 マウスリンス フッ素洗口剤 その他() 使っていない

海外に居住(本人が)していたことがありますか？ はい(国名 期間) いいえ

顔写真を撮影してもよろしいですか？ はい いいえ

院内でのお子様のけが及び事故、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

都筑キッズ"デンタルランド"



※ ご記入いただいた個人情報は診療のみに使います。