

問診票 (6~12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 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 昨夜から 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 30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 チョコート 飴・グミ・キャンディ 手作りのおやつ
一緒に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()

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終わりますか？ 10分以内 15分以内 30分以内 30分以上

好き嫌いが多いですか？ はい いいえ

好きな食べ物はなんですか？ () 嫌いな食べ物はなんですか？ ()

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 仕上げ磨きはしていますか？ はい いいえ

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？

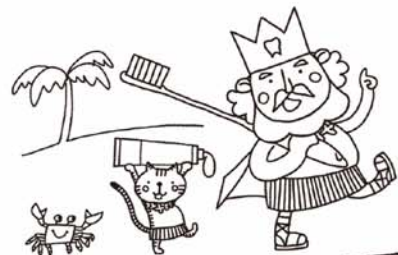
使っている フロス マウスリンス フッ素洗口剤 その他() 使っていない

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。