

質問票（～12歳）

プリストデンタルクリニック

次の質問事項をご記入ください。治療の重要な参考資料とさせていただきます。

記入日 年 月 日

フリガナ		生年 月日	西暦	年	月	日生（	歳）
氏名	男・女						
フリガナ		携帯	（ ）				
保護者氏名		TEL	（ ）				
ご自宅住所	〒						
通園 通学先	幼・保・小		興味のあることは？（好きなキャラクター等）				
当院を何でお知りになりましたか？ 看板 ホームページ タウンページ ご紹介 その他（ ）							
ご紹介者名				様			

本日はどうなさいましたか？

- 痛い(いつから) (どこが)
 虫歯の治療がしたい 歯ぐきの異常、口内炎
 検診をしてほしい クリーニングをしてほしい
 歯の色が気になる 歯並びが気になる
 その他()

現在、全身の健康状態はいかがですか？ 良好 ふつう すぐれない ()

通院中の病院はありますか？ ない ある (病名

入院、手術のご経験はありますか？ ない ある (病名 年 月頃)

現在、お使いのお薬はありますか？ ない ある (薬名)

体に合わないお薬がありますか？ ない ある (薬名)

アレルギー(鼻炎など)がございますか？ ない ある (種類)

歯科にかかったご経験はありますか？ ない ある (病名 年 月頃)

歯科で麻酔を使用したご経験はありますか？ ない ある

麻酔で気分が悪くなる等の異常はございましたか？ ない ある

正しい歯磨きの方法を指導されたことがありますか？ ない ある

同居のご家族について教えてください 父 母 兄弟(人) 祖父 祖母 その他

食事は規則的ですか？ いいえ はい

間食は毎日食べますか？ いいえ はい 名称()

普段、よく飲む飲み物は？ 乳酸菌飲料 炭酸 ジュース お茶 牛乳

歯磨きはいつ、おこなってますか？ 朝 昼 夜 その他

仕上げ磨き、手伝い磨きは誰がしていますか？ 母 父 祖父母 していない その他()

デンタルフロス(糸ようじ)等は使用していますか？

いいえ はい

○ 当てはまる癖はありますか



爪噛み



指しゃぶり



唇をなめる(舐む)

○ 当てはまる姿勢や寝方はありますか

うつぶせ寝

横向き寝

猫背

頬杖

○ 矯正無料相談を希望されますか？

はい いいえ

○ アポイントや診察についてのご希望がございましたらご記入ください。

～*～

◆カルテと同様に治療関係者以外の目に触れるものでないことをお約束いたします。

◆治療中・治療後にお体に異常を感じた時は、担当医あるいはスタッフまでお知らせください。

◆インフォームドコンセント（説明と同意）

お口の中の状況や治療方針、治療回数などにつきましては十分な説明をいたします。
ご了解いただけましたら具体的な治療に入ります。治療に関する希望、質問がございましたら
遠慮なく担当医あるいはスタッフまでお尋ねください。

年 月 日

保護者ご署名
