

## 問診票(小児用)

ふりがな  
氏名 男・女 生年月日 年 月 日 年齢 歳

ニックネーム 学校・幼稚園・保育園名

保護者氏名

〒 住所

ご連絡先 自宅 ☎ 携帯 ☎ メールアドレス

### 保護者の方へ

この問診票は、来院された方に健康状態などをお尋ねし、安心して歯科診療を受けて頂くために記録するもので、記載された内容についての**秘密は厳守**いたします。

診療時に問診票に記載された事について再びお尋ねすることがありますが、何卒、ご協力をお願いいたします。また、問診票に記入しづらい事がありましたら、担当医師に直接お話し下さい。

**受診期間中、健康状態に変化等がございましたら、必ずお申し出下さい。**

本日はどうされましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ムシ歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> つめたものや銀歯がはずれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯の汚れを落としたい <input type="checkbox"/> フッ素塗布希望 <input type="checkbox"/> 健診希望 <input type="checkbox"/> その他( )														
具合の悪いところを教えてください	<table border="0"> <tr> <td>右上</td><td>前</td><td>左上</td><td><input type="checkbox"/>歯</td><td><input type="checkbox"/>舌</td><td><input type="checkbox"/>あご(右・左・両方)</td><td><input type="checkbox"/>歯ぐき</td> </tr> <tr> <td>右下</td><td>前</td><td>左下</td><td><input type="checkbox"/>かみあわせ</td><td><input type="checkbox"/>その他( )</td><td></td><td></td> </tr> </table>	右上	前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> あご(右・左・両方)	<input type="checkbox"/> 歯ぐき	右下	前	左下	<input type="checkbox"/> かみあわせ	<input type="checkbox"/> その他( )		
右上	前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> あご(右・左・両方)	<input type="checkbox"/> 歯ぐき									
右下	前	左下	<input type="checkbox"/> かみあわせ	<input type="checkbox"/> その他( )											
お痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(しみる・少し痛い・ひどく痛い・腫れている・かむと痛い)														
今までに歯科医院で治療をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( 歳頃) 「ある」と答え方にお尋ねします ・治療をした歯科医院は <input type="checkbox"/> 当クリニック <input type="checkbox"/> 他の歯科医院( ) ・お子様のご様子は <input type="checkbox"/> 嫌がらずに出来た <input type="checkbox"/> 嫌がった <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 出来なかった ・麻酔の注射をしたことは <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある														
該当するものはありますか？	<input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アスピリン過敏 <input type="checkbox"/> ペニシリン過敏														
お子様の歯磨き状況を教えてください	1日( 回) <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> 間食後 使用している歯磨き粉( )														
初めて歯が生えたのはいつですか？	生後( ヶ月)														
間食は主に何を食べますか？															
食べ物に好き嫌いがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )														
何か癖がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(爪を噛む・指をしゃぶる・歯ぎしり・唇を吸う・唇を噛む)														
お子様の好きな色や遊びを教えてください	色( ) 遊び( )														
ご家族・ご親戚に歯やアゴに異常のある方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる( )														
当クリニックをどのようにして お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 家族が来ている <input type="checkbox"/> 当医院のホームページを見て <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者氏名 様) <input type="checkbox"/> その他( )														
その他、歯科治療でご希望のある方は ご記入下さい															

## 〈ご意見お聞かせください〉

アンケートを通して、より良い医療の提供を行いたいと考えております。  
ご協力お願いいたします。

Q1 あなたは歯科医院を選ぶときどのような点を重視していますか？（複数回答可）

- |                                  |                                    |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 評判      | <input type="checkbox"/> 家や会社からの距離 | <input type="checkbox"/> 医療の知識や技術  |
| <input type="checkbox"/> 料金面     | <input type="checkbox"/> 予約のとりやすさ  | <input type="checkbox"/> 予防を重視する医院 |
| <input type="checkbox"/> 歯科医師の対応 | <input type="checkbox"/> 丁寧な説明     | <input type="checkbox"/> 小児歯科があること |
| <input type="checkbox"/> 清潔さ、環境  | <input type="checkbox"/> スタッフの対応   | <input type="checkbox"/> 駐車場があること  |
| <input type="checkbox"/> 最新の設備機器 | <input type="checkbox"/> 治療期間が短い   | <input type="checkbox"/> その他( )    |

Q2 以前通っていた歯医者では悩みや不満がありましたか？

Q3 こんな歯医者だったらいいな、という要望はありますか？

Q4 何が決め手となって当院を選びましたか？

Q5 その他 要望やご質問等ありましたらご記入ください

ご協力ありがとうございました。