



# アクシア中野デンタルクリニック こども問診票（10歳まで）

記入日 年 月 日

(ふりがな)  
お子様のお名前 \_\_\_\_\_ 愛称 \_\_\_\_\_

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生まれ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ 幼・保・学校名 \_\_\_\_\_

Q1.本日はどうされましたか？ 当てはまる□に✓をしてください。

- ☐ 特に症状はないが、問題がないかチェックを受けたい ☐ 健診等で受診するよう指示を受けた
- ☐ 歯の症状がある
- ☐ 穴が開いている・痛い・しみる（場所： \_\_\_\_\_ / 症状が出た時期： \_\_\_\_\_ から）
- ☐ 見た目が気になる（歯の色・着色・歯石） ☐ 乳歯が抜けない
- ☐ ぶつけた（受傷場所 \_\_\_\_\_ : / 受傷時期 \_\_\_\_\_ ）
- ☐ 歯ぐきの症状がある
- ☐ 出血する ☐ 痛い ☐ 腫れている（場所： \_\_\_\_\_ / 症状が出た時期： \_\_\_\_\_ から）
- ☐ その他（ \_\_\_\_\_ ）

Q2.歯科受診経験について 当てはまる所に○をしてください

- \* 歯科受診は（**初めて・虫歯治療の経験がある・定期受診していた**）最終受診時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ごろ
- \* 歯科麻酔（注射）をしたことが（**ある・なし**）
- \* 麻酔や治療後に体調不良をおこしたことが（**ある・なし**）

Q3.全身的なことについて ※歯科治療を受ける際に重要な情報です。

治療中・過去にかかったことがある項目があれば、□に✓をしてください

- ☐ 心臓疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 胃腸疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 肝炎 ☐ ぜんそく ☐ 脳疾患 ☐ 甲状腺疾患
- ☐ 自閉スペクトラム症(ASD) ☐ 多動症(ADHD) ☐ 口唇口蓋裂 ☐ その他（ \_\_\_\_\_ ）
- \* 服用中のお薬・サプリがあればご記入ください（ \_\_\_\_\_ ）
- \* 薬や食べ物などにアレルギーがあればご記入ください（原因： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_ ）
- \* 現在の健康状態（健康・風邪気味・医科の病院で定期管理中）
- \* かかりつけ医があればご記入ください（ \_\_\_\_\_ ）

Q4当医院にご来院のきっかけを教えてください

- ☐ 家族・知人のご紹介（ \_\_\_\_\_ 様より） ☐ 通勤・通学路にあり、通院しやすいから
- ☐ 公式HPまたはInstagramを見て ☐ 検索サイト（Googleなど）を見て



## アクシア中野デンタルクリニック こども問診票（離乳完了後）

記入日      年      月      日

【普段の食べ方について教えてください】 当てはまる食べ方があれば□に✓をしてください

☐ □を開けたまま食べる ☐ 食べている時くちゃくちゃ音がする

☐ あまり噛まないで丸呑みする ☐ 硬いものを食べない

☐ なかなか飲み込めず口の中にためる

☐ 食事中、水やお茶で流し込んで食べている

☐ よくむせる

☐ 食べ終わるのが 早い/遅い（C-5）

☐ 噛み癖がある（前歯 奥歯 右だけ 左だけ）で噛む（C-6）

☐ 食べる回数が 多すぎる/少なすぎる（C-8）

☐ 食べる量が 多すぎる/少なすぎる（C-8）

※その他食べ方で気になることがありましたらご自由にお書きください

【お口の癖について教えてください】 C-10-11 当てはまる癖があれば□に✓をしてください

☐ お口がぽかんと開いていることが多い

☐ 爪を噛む癖がある ☐ 舌をだす癖がある

☐ 指しゃぶり・おしゃぶりをしている

☐ 唇を噛む癖がある

※その他お口の癖で気になることがありましたらご自由にお書きください

【その他】

当てはまるものがあれば□に✓をしてください

☐ □呼吸している（C-14） ☐ 扁桃腺が腫れている（C-15）

☐ 睡眠中にいびきをかく（C-16）

☐ 言葉が聞き取りにくいことがある（C-9）（5歳以上）

☐ 姿勢が悪い（猫背・肩が曲がっている・スマホ首）

☐ スマホ・タブレット端末を毎日使っている

※その他お子様の様子で気になることがありましたらご自由にお書きください