

カルテNo. \_\_\_\_\_

## 問 診 票 (お子様用)

年 月 日

ふりがな お名前		男・女	生年月日 H 年 月 日 ( 才)
保護者 お名前		続柄	連絡先 自宅 ( ) 携帯 ( )
ご住所	〒		学校名 (幼稚園)
携帯メール アドレス	メールにて予約の事前連絡をさせていただきます。お名前		@ 登録 (可・不)

本日はどうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯を抜きたい <input type="checkbox"/> 乳歯が抜けずに永久歯が生えた <input type="checkbox"/> その他 ( )	(担当者: )
歯科治療を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある ( 年 ヶ月前) その時 <input type="checkbox"/> 治療ができた <input type="checkbox"/> できなかった <input type="checkbox"/> ない (初めての歯医者さん)	
歯科治療で	<input type="checkbox"/> 麻酔をしたことが (ある・ない) ある方⇒異常が (あった _____ ・ない) <input type="checkbox"/> 抗生物質を処方されたことが (ある・ない) ある方⇒異常が (あった _____ ・ない)	
今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 血液系 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 呼吸器系 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 消化器系 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
上記の病気は	<input type="checkbox"/> 完治した <input type="checkbox"/> 現在も治療中 <input type="checkbox"/> 定期的に健診している	
現在薬を	<input type="checkbox"/> 飲んでいる ( ) <input type="checkbox"/> 飲んでいない	
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (牛乳・アルコール・ヨード・金属(すず)・花粉) 薬品名 ( )	
歯磨きについて	<input type="checkbox"/> 自分で磨く (朝・昼・夜) <input type="checkbox"/> 自分で磨かない <input type="checkbox"/> 仕上げ磨きをする (朝・昼・夜) <input type="checkbox"/> 仕上げはしない <input type="checkbox"/> 仕上げは主に (お母さん・お父さん) がする <input type="checkbox"/> 自宅でフッ素を ( <input type="checkbox"/> 毎日する・ <input type="checkbox"/> 時々する・ <input type="checkbox"/> していない)	
食事について	1日の飲食回数 ( 3回以下 4回 5回 6回以上) 間食は <input type="checkbox"/> する (主にどんな物 _____ ) <input type="checkbox"/> しない	
習癖について	<input type="checkbox"/> ある (指しゃぶり・唇をかむ・爪をかむ・頬杖・口呼吸) (歯ぎしり・くいしばり・その他 ( )) <input type="checkbox"/> 特にない	
ご両親は	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療が多い (お父さん・お母さん) <input type="checkbox"/> 両親とも虫歯が無い <input type="checkbox"/> 虫歯が無いが歯周病がある (お父さん・お母さん) <input type="checkbox"/> 虫歯も歯周病もある (お父さん・お母さん) <input type="checkbox"/> 両親とも健康	

裏面もお願いします ⇒

## ◆吉田歯科クリニックでの子供の検診

当院ではお子様の健康を第一に考え、定期的に検診をする『自費の検診クラブ(スマイルキッズ)』を展開し、最新の情報を提供し、チームとしてサポートさせていただき体制を整えております。

『スマイルキッズ』では、虫歯菌の検査や歯を溶かしてしまう酸の検査なども行い、問題を早期に見つけ出し、より良い環境を作り、健康な永久歯への道しるべとなる大切な「乳歯」を守っていくことを目的としております。  
0歳～12歳までを対象として、虫歯の無い健全なお子様の育成を目指した検診クラブです。(保険対象外)

スマイルキッズについて、詳しい内容をお聞きになりたい方はチェックを入れてください。

## ◆乳歯の役割

歯は乳歯が生えてから永久歯に生え変わるまでの時期は、お子様の大切な成長期になります。その時期に食生活や生活習慣によって、お口の環境がいちじるしく阻害されてしまうと、永久歯への問題だけではなく、体の成長にも大きく影響を与えてしまうことも考えられます。

お子様のこの成長期には、周りの大人の方の手助けが不可欠となります。

以下のご質問にご回答ください

お子様の歯について	<input type="checkbox"/> 虫歯だけ治れば良い。 <input type="checkbox"/> 嫌がることはしてほしくない。 <input type="checkbox"/> 嫌がってもしっかりと治療をしてほしい。 <input type="checkbox"/> フッ素を塗りたい。 <input type="checkbox"/> 歯磨き指導をしてほしい。 <input type="checkbox"/> シーラント(虫歯予防処置)をしたい。 <input type="checkbox"/> 歯並びも診てほしい。 <input type="checkbox"/> 矯正に関することを聞きたい。 <input type="checkbox"/> 虫歯の原因などを調べる唾液検査(自費)に興味がある。
検診について	<input type="checkbox"/> スマイルキッズに入会したい。 <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で定期的に診てもらいたい。 <input type="checkbox"/> 定期的には診てもらわなくても良い。

「保険内での検診」には、一部制約がありますのでご了承ください。

## ◆ご予約について

希望する曜日、時間帯は (あくまで参考になります)	<input type="checkbox"/> 限られる (曜日 時から 時頃) <input type="checkbox"/> いつでも良い
キャンセル待ち登録に	<input type="checkbox"/> 登録したい <input type="checkbox"/> 必要ない

お急ぎの方には『キャンセル待ち登録』も行っておりますので是非ご利用ください。

(キャンセル待ち登録)とは …… 希望される日時が合わず、お約束がかなり先になってしまう場合に、キャンセルが出たお時間を、優先的にご連絡させていただきシステムです。

(お電話にてお知らせ致します。ご都合の悪い場合はもちろんお断りして頂いても構いません。)

ありがとうございました。