

7. 以下の項目で、あてはまる項目に○をつけて下さい。

- ・ 金属アレルギーの症状がある。 いいえ ・ はい 【具体的に】
- ・ 薬や食べ物、その他でアレルギーがある。またはアナフィラキシーショックを起こしたことがある。
 いいえ ・ はい 【具体的に】
- ・ 薬を飲んで具合が悪くなったことがある。 いいえ ・ はい 【いつ頃】

間食をよくしますか？また特に何を食べていますか？ いいえ ・ はい ()

甘いものが好きですか？特に何を食べていますか？ いいえ ・ はい ()

一日何回歯を磨きますか？ 1回 2回 3回 3回以上

仕上げ磨きはしていますか？ いいえ ・ はい (仕上げ磨きをする人はどなたですか？)

8. お口の機能についてお伺いします。(口腔機能不全 質問票)

食べる機能についての質問です			
食べ物を噛んでから飲み込むまでの時間はどれくらいですか？	1分以上・5秒未満・その間		
食べ物を極端に左右どちらかで噛んでいませんか？	はい	いいえ	
1日の食事の回数と食べる量はどれくらいですか？	食事	回	おやつ
	1回の量		1回の量
話す機能についての質問です			
常にお口がぼかんと開いていますか？	はい	いいえ	
指しゃぶり、舌を出す、唇を噛んだり吸ったりするくせがありますか？	はい	いいえ	
栄養状態についての質問です			
身長・体重はいくつですか？	身長(cm)	体重(kg)	
その他の機能についての質問です			
口呼吸がみられますか？	はい	いいえ	
寝ているときにいびきをかくことが多いですか？	はい	いいえ	
ものを飲み込みにくそうにしていますか？	はい	いいえ	
横向きやうつ伏せで寝ていますか？	はい	いいえ	
食べ物や飲み物が鼻から漏れることがありますか？	はい	いいえ	
飲み込む時に頻繁にむせますか？	はい	いいえ	

9. ご家族について

続柄	歯の状態	続柄	歯の状態	続柄	歯の状態
(例) 父	良好 ・ 普通 ・ 悪い		良好 ・ 普通 ・ 悪い		良好 ・ 普通 ・ 悪い
	良好 ・ 普通 ・ 悪い		良好 ・ 普通 ・ 悪い		良好 ・ 普通 ・ 悪い
	良好 ・ 普通 ・ 悪い		良好 ・ 普通 ・ 悪い		良好 ・ 普通 ・ 悪い

スマイル・チェックシート

*わかるところをチェック、またはご記入ください。

1. お子さんの歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は_____本だと思う

2. お子さんが80歳の時に、何本歯が残っていればいいと思いますか？

80歳の時に_____本くらい歯があればいい

3. お子さんの歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい いいえ

その理由は？_____

4. お子さんのお口のことで気になること、心配なことはありますか？

はい いいえ

* はいと答えられた方 どのようなことが気になりますか？

- 歯や歯並び ()
- 歯磨きや予防 ()
- おやつなど食生活 ()
- その他 ()

5. 当院をどのような方法で知りましたか？（複数回答可）

家族が通院 ネットで検索して ホームページを見て 広告（市役所）を見て

知人が通院 建物を見て 看板（イオン一関店、イオンスーパーセンター前、その他）を見て

雑誌を見て 病院の紹介 その他 ()

6. なぜ当院を受診してみようと思われましたか？（複数回答可）

家族や知人から話を聞いて→（どのようにおっしゃっていましたか？）

ホームページを見て→（どんな印象を持ちましたか？）

通うのが便利だから 治療設備が整っていそうだから 子供のための設備が整っていそうだから

小児歯科があるから 予防に関心があるから 他院に紹介されたから

説明をしっかりとってくれそうだから

その他 ()

ご記入ありがとうございました。

問診票をスタッフにお渡し頂き、診療までもう少々お待ちください。