

【お子さまについてお教え下さい】

16. 出生前後に病気にかかったことがありますか？
ア) いいえ イ) はい () ウ) わからない
17. 3歳前後に病気あるいはお口のけがをしたことがありますか？
ア) いいえ イ) はい () ウ) わからない
18. 6歳臼歯に気がついたのはいつ頃ですか
ア) 4歳まで イ) 5歳 ウ) 6歳 エ) 7歳 オ) 8歳 カ) 9歳以降 キ) わからない
19. 主な歯の清掃法は？ ア) 歯ブラシ イ) デンタルフロス(糸ようじ) ウ) ガーゼで拭う
エ) うがいをさせる オ) 飲食後、水やお茶を飲ませる カ) 何もしない
20. 自分で歯磨きは？ ア) 毎日する イ) 時々する ウ) 磨かない
いつ？(複数可) ア) 起床後 イ) 朝食後 ウ) 昼食後 エ) 夕食後 オ) 間食後 カ) 寝る前
21. 仕上げ磨きは？ ア) 毎日する イ) 時々する ウ) 磨かない
22. 歯磨き糊を使用していますか？
ア) いいえ イ) はい(商品名) ウ) わからない
23. 一日の生活のリズムは決まっていますか？ ア) 決まっている イ) だいたい決まっている ウ) 決まっていない
24. 寝る前に何か食べることがありますか？ ア) 食べない イ) ときどき食べる ウ) よく食べる
25. 何か癖がありますか？
ア) 指を吸う イ) おしゃぶりを吸う ウ) 舌をかむ・舌を上下の歯の間によく出している
エ) 爪を噛む オ) 唇を噛む・吸う カ) 口呼吸・よく口を開けている
キ) 舌足らずな話し方 ク) その他 ()
26. お子さまの性格で、該当するもの全てに○印をして下さい。
ア) 朗らか イ) のんびりや ウ) 聞き分けがよい エ) 好奇心が強い オ) 我が強い カ) 甘えっ子
キ) 人見知りをする ク) うちべんけい ケ) 泣きむし コ) 神経質 サ) 落ち着きがない シ) 乱暴
ス) その他 ()
27. お子さまについて担当医が知っておいた方がよいと思われることがあれば、お書き下さい。
ア) なし イ) 風邪をひきやすい ウ) よく熱を出す エ) ひきつけを起こしやすい
オ) 傷が治りにくい(化膿しやすい) カ) 鼻血がでやすい キ) 扁桃腺が腫れやすい
ク) 鼻が詰まりやすい ケ) 吐きやすい・吐き気をもよおす(歯ブラシで・その他)
コ) その他 ()
28. 治療に対して、お子さまはどう感じていると思われるですか？
ア) 上手に受けられる イ) 喜んでいる ウ) 少しこわがり エ) 嫌がっている オ) 泣く(と思う)
カ) 治療困難 キ) その他 ()
29. 歯科の治療を嫌がっていたり怖がっていると思われる場合、理由に心当たりがありますか？
()
30. お子様が生治療を受けるに際して、あなた(保護者の方)のお気持ちはいかがですか？
ア) とても不安 イ) 少し不安 ウ) あまり気にならない
- 【お母さま、又は記入者ご自身について、お教え下さい】 あなた様とお子様とのご関係は？ ()
31. 妊娠の状態はどうでしたか？ 順調 ・ 異常があった “異常あり”と答えた方は下記のうちどれですか？
ア) 蛋白尿 イ) 尿糖 ウ) 浮腫 エ) 高血圧 オ) 貧血 カ) 風疹 キ) RH- ク) その他 ()
32. 分娩の状態はどうでしたか？
ア) 順調 イ) 吸引・鉗子分娩 ウ) 帝王切開 エ) 早産 オ) その他 ()
33. 歯科について、どのようにお感じですか？
ア) なんでもない イ) 少し緊張する ウ) 緊張する エ) とても怖い オ) その他 ()
34. 歯や歯ぐきの状態は？
ア) 健康(定期的に健診を受けている・自己管理している) イ) 治療通院中(当院・他院)
ウ) 問題があるが未治療 エ) その他 ()
35. その他、歯科治療を開始するにあたり担当医が知ってほしいことや治療の内容に関して希望があればお書き下さい。
()