

13、おやつはどんなものが多いですか？✓を付けてください。

あめ チョコ ガム クッキー スナック菓子 おせんべい 果物類 ヨーグルト ジュース
乳酸飲料 炭酸飲料 お茶 季節もの(例:サツマイモ、ミカン等)軽食(例やきそば、:おにぎりなど)
その他()

14、お子様の歯磨きは、いつ行っていますか？

朝 昼 晩 毎食後 寝る前 決まっていない

* どなたが行いますか？

子供のみ 親のみ 子供の後に親 親の後に子供

15、ご家庭でフッ素を使いますか？

いいえ はい(種類)

16、お子様は今までに歯の治療を受けたことがありますか？

ある なし

* ある答えた方へ その時、十分な治療がうけれましたか？

できた 応急処置のみ できなかった

17、治療についてどのようにお考えですか？

泣いてもできるだけしてほしい ムリにはしてもらいたくない 慣れてから治療をしてほしい

18、どのようにして当院を知りましたか

家族がかかっている(名前:)

(名前:)

知り合いからの紹介(名前:) ・ 病院からの紹介(病院名:)

ホームページを見て ・ その他()

19、当医院へのご要望がありましたら教えてください。

以上で問診は終了です。ありがとうございました。