

記入日： 年 月 日

担当：

カルテNo.：

予診表（お子様について）			
フリガナ お名前		フリガナ お子様の愛称	
生年月日	平・令 年 月 日（満 才 か月）		
ご住所	〒 -		
お電話番号	自宅： - - 携帯： - -		
学校・幼稚園名			
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い（しみる・ズズキ痛い・噛むと痛い・はれた・鈍痛・その他） <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯並びが心配 <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他（ ）		
現在かかっている病気は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 病名（ ）		
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出やすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> アレルギー（食品、薬品名： ） <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他（ ）		
服用中のお薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（薬品名： ）		
輸血の経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（時期： 年 月頃）		
ご家族で輸血を受けたことがある方は	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（関係： 時期： 年 月頃）		
当科以外のかかりつけ医院	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（医院名： ）		
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → その時異常はありましたか <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他（ ）		
当院をお知りになった理由	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介（ご紹介者名： ） <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 駅看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> スマホを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他（ ）		
前回歯科治療を受けられたのは？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 他院で（ 年 月前）		
その時の感想は？	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他（ ）		
診療について（ご希望があれば）	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えて欲しい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に”こわがり”なので注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけ治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> カウンセリング（相談）の時間を設けてほしい		
予約について（ご希望があれば）	<input type="checkbox"/> 来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 <input type="checkbox"/> 来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特になし		
その他気になることやご希望がございましたらご記入ください			

当院の処置時間は原則30分とさせていただきます。
 症状・治療内容により前後することもございますのでご了承ください。

健康を守るために『おくち』と関係の深い『身体と姿勢』について

現在と過去の”生活”について

◎現在の生活について

食生活	飲食回数	食事+間食（アメ等含む） （ ）回+（ ）回
	よく飲む飲み物	いつ飲みますか？（ ） ・ ・ ・
歯磨き	回数	回/日
	タイミング	<input type="checkbox"/> 食前（朝・昼・おやつ・夜） <input type="checkbox"/> 食後（朝・昼・おやつ・夜） <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> 他（ ）
	フッ素入ペースト	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし すすぎ回数 回
母親のリスク	治療歯（ ）本	不正歯列 ある・ない
父親のリスク	治療歯（ ）本	不正歯列 ある・ない

椅子の配置 (食事スペースの配置をご記入ください)	
食事について	・飲み物・汁物を流し込んで <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・”ながら食べ”して <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 食事にかかる時間は（ ）分 食事相手 <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ）

◎これまでのご家族とのあゆみ

家族構成	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> その他
出生時	体重（ ）g 週数（ ）週
哺乳について	母乳 ・ ミルク ・ 混合
首座り	ヶ月ごろ
寝返り	ヶ月ごろ
お座り	ヶ月ごろ
ハイハイ	ヶ月ごろ
立ち	ヶ月ごろ
離乳食	ヶ月～ ヶ月まで
いびき	～ まで
おねしょ	～ まで

”足と姿勢”について

◎食事中やよく見る姿勢に

以下のようなものはありますか？

- 足が床についていない
- 背もたれに寄りかかっている
- 顔の向きが正面でない
(上向き・下向き・右向き・左向き)
- 肩の傾きがある
(右肩下がり・左肩下がり)

◎足のお悩みありませんか？

- 靴の正しい選び方が分からない
- 足がむくみやすい
- 自分に合った靴がなかなか見つからない
- 足が冷える
- 外反母趾が辛い
- 走り方・歩き方が不自然 運動が苦手
- 巻き爪
- 猫背・姿勢が悪い
- O脚が気になる
- 集中力がなく、じっとしてられない
- 何も無いところで転ぶ・つまづく
- 口がぼかんと開いている
- 歯並び・噛み合わせが悪い

歯と足の深い関係

足や足指に異常があると、足指で踏ん張れず重心がかかと寄りになる。後方に倒れないように膝を曲げ『前方頭位の姿勢（猫背）』をとるようになる。

その結果・・・

→口がポカンと開き『口呼吸』になる

→口腔内が乾燥して『虫歯』『歯周病』に・・・その他にも、

口呼吸により『いびき』『喘息』『睡眠時無呼吸症候群』に・・・

なので、正しい呼吸・姿勢・歯のかみ合わせのためには、足や足指が大切になるのです！

まさき歯科医院では足を含め、体の健康のために森田真以子先生（若石式足反しはんしゃくりようほうし じゃくいしきあ 射区療法士）による施術を受けたり、足指を伸ばす矯正ソックス（CSソックス）やオリジナルシューズを紹介しています。マッサージやソックス・シューズの処方とはどなたでも受けていただくことができます。チェック項目にチェックがついた方は一度スタッフにご相談ください。