

フリガナ _____ 男 ・ 女 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
 受診者氏名 _____ (才)

〒 _____ 自宅
 住 所 _____ 電 話 _____ 緊急連絡先として
 _____ 携帯
 今後、予約前に自動で案内を差し上げます
 保護者様携帯メールアドレス _____ @ _____

お子さんの _____ 幼稚園・保育園
 呼び名☆(あだ名) _____ 小学校・中学校

1 気になるところを 歯が痛い (しみる、ズキズキ痛い、かむと痛い、はれた、その他)
 すべてチェックして下さい □臭がある □歯が動く □口の中にできるものがある
 □クリーニングしてほしい □検診をしてほしい
 □乳歯を抜いて欲しい □矯正治療をしたい
 □その他 (_____)

2 当院をお知りになった 自宅に近い 電話帳を見て ホームページを見て 雑誌 図書館
 理由は？ 知人から聞いて (よろしければお名前： _____ 様)
 家族から聞いて (ご家族のお名前： _____ 様)

3 前回歯科治療を 初めて
 受けられたのは？ (_____ 年 _____ ヶ月前)

 (以前治療を受けたことがある方) 治療は出来た (泣いた ・ 泣かなかった)
 そのときの状態は？ 治療は出来なかった (泣いた ・ 暴れた)

4 治療について 極度に怖がりなので注意してほしい
 ご希望があれば お子様の意思を尊重して、無理に治療しないでほしい
 ご記入ください お子様は嫌がっても、必要あれば治療してほしい

5 現在の健康状態は？ 良好 普通 不良

6 今までにかかった病気は？ 特になし
 ある (_____)

7 アレルギーについて 特になし
 アレルギーがある (牛乳・卵・その他 食物： _____ 薬： _____)
 ぜんそく その他 (_____)

8 現在飲んでいる薬はありますか？ 飲んでいない 飲んでいる

9 以前歯を抜いたことが いいえ はい
 ありますか？
 (9の質問で、はいと答えた方) 大丈夫だった 気分が悪くなった その他 (_____)
 そのとき異常はありましたか？

10 習慣的に飲んでいる飲み物は いいえ はい (お茶・お水・炭酸飲料・その他 _____)
 ありますか？

※これらの事項は当院が責任を持って管理し、秘密厳守致します。

