

フリガナ

お名前

様

平成

年

月

日生(

歳)

男・女

愛称(

)

おところ 〒

-

自宅電話(

)

-

携帯電話(

)

-

携帯電話メールアドレス

@

通っている学校名(または保育園・幼稚園)

※ 下記の項目に該当する所はいくつでも  
○で囲んでください。

今回の歯の治療について	<p>1. 今日はどうなさいましたか?            ・痛んだり、腫れたりしているところがある (どこ )            ・痛みはないが、気になるところがある ・歯並びが気になる            ・検診、予防処置など口腔管理をしてほしい</p> <p>2. 今後の治療は?            ・今、痛んでいるところだけ治したい ・悪いところはすべて治したい</p> <p>3. 今回、治療を受けるにあたってお子様の状態は?            ・とても不安がっている ・少し不安がっている ・全く緊張していない</p>
お子様の健康状態について	<p>1. 現在の健康状態はいかがですか?            良好 普通 不良(病名 病院名 )</p> <p>2. 今までに重い病気にかかったことはありますか?            ない ある(病名 才頃)</p> <p>3. お子様の体質について            ・特に異常はない ・アレルギー体質である( )            ・ぜんそく ・アトピー性皮膚炎 ・血がとまりにくい            ・薬の副作用がでたことがある(病名 )</p> <p>4. その他、医師から注意をうけていることがあればお書きください。            ( )</p>
歯科治療の経験について	<p>1. 歯の治療をうけたことがありますか? ない ある</p> <p>2. 麻酔の注射をしたことがありますか? ない ある</p> <p>3. その時、どのようにふるまいましたか?            ・協力的だった ・いやがった、泣いた ・治療ができなかった</p>
お口の中の衛生について	<p>1. お子様は歯を磨いていますか? ・自分で磨く ・親が磨く ・磨かない</p> <p>2. 間食はしますか? しない する(どんな物? 1日何回? )</p> <p>3. 飲み物は、どのようなものを好みますか?( )</p> <p>4. お子様は何か癖がありますか? ない ある            ・つめを噛む ・指しゃぶり ・歯ぎしり ・唇を噛む、吸う            ・いつも口をあけている ・その他( )</p>
来院できる時間帯や曜日が限られている方はご記入ください	<p>1. 来院できる時間帯(午前 時頃・午後 時頃)</p> <p>2. 来院できる曜日( . . . . . 曜日)</p>
当院を何でお知りになりましたか?	<p>1. 紹介(ご紹介者 様 紹介 ご関係: )</p> <p>2. 広告( 駅看板・バス広告・ヤフー検索・グーグル検索・その他( )</p> <p>3. ホームページ 4. 表看板(家が近い) 5. その他( )</p>
治療にあたってご希望または、ご心配なことがあればお書きください。	

患者様へのお願い 皆様のお約束を取りやすくしていただくため、お約束当日のご変更と無断キャンセルはお控えいただきますよう、  
 よろしく御願い申し上げます。 院長