

フリガナ	性別	生年月日	年齢
患者さん氏名	男・女	平成・令和 年 月 日生	歳
愛称 ちゃん くん	保護者氏名		
保護者住所 〒	自宅電話 ()		携帯電話 ()
都合により連絡をお取りすることがありますが、どちらがよろしいでしょうか 自宅電話 ・ 携帯電話			
当院を何でお知りになりましたか?よろしければお聞かせ下さい。(複数回答可) <input type="checkbox"/> ご家族、ご友人の勧め() <input type="checkbox"/> インターネット・HPを見て <input type="checkbox"/> 家・職場が近くなので <input type="checkbox"/> 近くを通りかかって <input type="checkbox"/> その他()			

(1) 来院の理由をお聞かせください

- A. ムシ歯の治療をしたい
 B. 歯の清掃
 C. 検診をしてほしい
 D. 歯並び
 E. フッ素を塗ってほしい
 F. その他()

(2) どのような治療をご希望ですか

1. 今痛みがあるところだけを治療してほしい
 2. 悪いところはすべて治療してほしい
 3. 保険の範囲内で治療してほしい
 4. なるべく保険の範囲内で。保険のきかない所は
 自費でもかまわない
 5. 最も良い材料で。保険の範囲外でもかまわない
 6. 医師と相談して決めたい
 7. よくわからない

(3) 現在歯が痛みますか はい いいえ

痛みや異常があるのはどこですか

右上奥 上前 左上奥
 右下奥 下前 左下奥

(4) 何かクセはありますか はい いいえ

指しゃぶり 爪をかむ 唇をかむ
 歯ぎしりをする タオルなどをくわえる
 その他()

(5) おやつはどんなものを食べたり飲んだりしていますか

あめ チョコ・ガム ビスケット おせんべい
 ジュース 炭酸飲料 イオン飲料 乳酸飲料
 果物類 ヨーグルト その他()
 (回/日) (ml/日)

(6) おやつを与える時間は決めていますか

はい いいえ
 それは、いつですか (時頃)

(7) 歯を磨いていますか 毎日・ときどき・磨かない

(8) 歯をいつ磨きますか 朝・夜・毎食後・その他

(9) 誰がお子様の歯を磨きますか

子供が自分で・子供が磨いた後親が・親が磨く

(10) 歯磨剤は使いますか 使う 使わない

[お子様の今までの成長についてお伺いします]

(11) 今まで薬や食物に対してアレルギー反応を示されましたか ある ない

(12) 今までに何か大きな病気をしましたか ある ない

→あるの場合

病名 歳頃

(13) 現在通院していますか。 はい いいえ

→はいの場合

病名

病院名

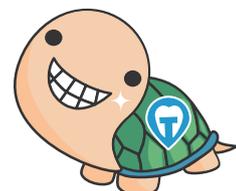
(14) お子様は今までに歯科の治療を受けたことがありますか

はい いいえ

→はいの場合

その時は十分な治療ができましたか。
できた 応急処置のみ できなかった

(15) 歯科医師に特にお伝えになりたいことがございましたらご記入ください



ご記入ありがとうございました。