

◆より良い治療を受けていただくために大切なことですので、できるだけ正確にご記入ください

記入日 年 月 日

ふりがな
・氏名 男・女 生年月日 年 月 日

〒 _____

・ご住所

・ご連絡先：携帯番号（ _____ - _____ ）※ご予約日をメール（SMS）でお伝えしますのでお間違えのないようにご記入をお願い致します

・園名・学校名

・愛称

・保護者の方のお名前

・兄弟はいますか？ 兄・姉（ _____ 人） 弟・妹（ _____ 人） 1人っこ

・当院を何でお知りになりましたか？

知人からの紹介（ _____ 様）

家族からの紹介（ _____ 様）

ホームページ（スマホ・パソコン） 看板 通りがかり その他（ _____ ）

《お答えは○で囲んでください》

1. 本日はどうなさいましたか？

- ①検診 ②フッ素塗布 ③虫歯 ④歯をぶつけた
⑤歯がぐらぐらする ⑥集団検診で受診を勧められた ⑦その他（ _____ ）

2. 今までに歯医者にかかったことは？

- ①ない ②ある（その時お子さんは、 1 治療できた 2 泣いた 3 あばれた）

3. 現在、医師（内科など）に通院中ですか？

- ①いいえ ②はい（理由 _____ のため）
かかりつけの医院（ _____ ）

4. 今までに大きな病気をしたことがありますか？

- ①心臓病 ②肝臓病 ③腎臓病 ④鼻の病気 ⑤血液疾患 ⑥ぜんそく
⑦その他（ _____ ） ⑧特になし

5. お薬を飲んでいますか？

- ①ない ②ある 薬品名（ _____ ） 病気名（ _____ ）

6. アレルギーはありますか？

- ①いいえ ②はい（ _____ ）

7. 歯みがきは

- ①自分でしている ②保護者がしている ③仕上げみがきを保護者がしている

8. よく飲むものは？

- ①お茶 ②ジュース ③その他（ _____ ）

9. お子さまが治療を嫌がってあばれた場合は？

- ①泣いても治療を続けて欲しい ②治療をやめてほしい

10. 治療に対する希望

治療に関するご希望はございますか？

（ _____ ）