

ふりがな
お名前

ニックネーム

生年月日

男女 ()

平成 年 月 日
(才 ヶ月)

住所 〒

自宅 TEL

学校・幼稚園

兄弟姉妹関係の有無: 兄()人 姉()人 弟()人 妹()人

保護者氏名

記入者氏名

(続柄:)

ご紹介者がいらっしゃいましたらお書き下さい

様

どうなさいましたか?

むし歯の治療 歯の清掃 歯ぐきの腫れ 歯並びが気になる
定期検査 学校検診で受診の薦め フッ素塗布 その他()

お痛みの部分と程度は
いかがですか?

右上 上前 左上
右下 下前 左下
歯 歯ぐき 舌

痛みは特にない しみる
ひどく痛い 噛むと痛い
はれている 痛んだり止んだり
その他()

歯の麻酔をしたことが
ありますか?

はい そのとき何か異常は いいえ 気分が悪くなった
いいえ ありましたか? その他()

歯を抜いたことが
ありますか?

はい そのとき何か異常は いいえ 血が止まりにくかった
いいえ ありましたか? 何日も痛んだ 貧血をおこした
その他()

今までにかかったことのある
病気はありますか?
はい いいえ

心臓病 肝炎(A・B・C・他) 肝臓病 腎臓病 喘息
血液疾患 胃・腸の病気 脳血管障害 肺炎 結核
免疫系疾患 てんかん その他()

アレルギーや薬の副作用が
出たことはございますか?

はい 湿疹・じんま疹がやすい ピリン系 抗生物質
いいえ 食品 ラテックス(ゴム) その他()

お薬を飲んでいますか?

いいえ はい 薬名()

通院中の病院はありますか?

いいえ はい 病院名()

次のような癖はありますか?

つめを噛む 指しゃぶり 唇をすう 歯ぎしり その他()

歯磨きについて

■一日()回 1人で 保護者が磨く お子様の後、仕上げ磨き
■歯磨剤の使用の有無 なし あり(味) その他()
■歯磨き指導を受けたことはありますか? いいえ はい(年 ヶ月前)

間食は何が好きですか?

一日()回 あめ ガム チョコ 果物 ジュース ()

お子様の性格について

のんびり 神経質 甘えっ子 人見知り その他()

お子様が泣いたり暴れたりしたら。。。

治療を止めてほしい 治療を続けてほしい

この機会に。。。

悪いところは全て治療 気になるところだけ治療 相談の上治療

診療時間について
ご希望はありますか?

特にない 午前() 午後()
月・水・木・金・土・日

当院を何で知りましたか?

ご紹介 外観 駅看板 パンフレット 電柱看板
大学病院 その他()

歯科受診はいつ以来ですか?
約()年()ヶ月前

診療についてのご希望・ご質問が
ございましたらお書きください