

ふりがな
お名前

生年月日

男

女

西暦

年
歳

月

日
力月

ご住所
〒

保育園・幼稚園・学校名

アパート・マンション名までご記入ください

保護者名

(続柄)

連絡先 携帯番号

当院ではできる限り患者様のお身体・思いを理解させていただいた上で診察を行いたいと考えております。
そのためお手数ですが、以下の質問にお答えください。秘密は厳守いたします。

来院された理由について

- 歯が痛い 歯に穴があいた 歯の打撲
- 悪いところがないか調べてほしい
- 口の中を怪我した 歯並びの相談
- 悪いところをすべて治療してほしい
- フッ素をぬってほしい 学校検診の結果
- その他 ()
- いつ頃からですか? ()

現在のお身体の状態について

- 現在、他のお医者さんにかかっていますか
はい (病名: 科名:)
いいえ
- アレルギーはありますか
はい (食べ物: お薬:)
いいえ
- 血が止まりにくいことがありますか?
ある ない
- ご家族にB型・C型肝炎などの疾患にかかったことのある方はいますか?
いる いない

過去の歯科治療について

- 過去に歯医者さんで治療を受けたことがある
ある (歳頃) ない
- その時の治療の様子はいかがでしたか
上手にできた 怖かった 泣いた 暴れた
わからない その他 ()
- 歯を抜いたことはありますか
ある (歳頃) ない

現在または過去にかかった病気について

- 心臓病 肝臓病 腎臓病 肺炎
- 結核 扁桃腺 はしか 花粉症
- ぜんそく 慢性鼻炎
- ADHD (疑いを含む)
- その他 ()
- いつ頃かかられましたか?

今回の歯科治療について

- お子様の様子はいかがですか?
上手に受けられると思う
- 怖がっている・嫌がっている 泣くと思う
- 抵抗すると思う 分からない
- その他 ()

歯磨き・日常生活について

- いつ歯磨きをしますか?
朝 昼 夜 磨かない日がある
- 磨かない

当院を知ったきっかけについて

- 建物・看板を見て E-PARK
- ホームページ・SNS
- 知人・家族の紹介 (様)
- その他 ()



ご記入
ありがとうございました!