

# 予診票

医院記載 記入日 年 月 日  
カルテ No. \_\_\_\_\_

ふりがな

性別 (男・女)

お子さまのお名前 \_\_\_\_\_ 愛称 \_\_\_\_\_

生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 (年齢 \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_か月)

住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 当院までの通院時間 \_\_\_\_\_分 (徒歩・車・自転車)

電話番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

(ご予約日の前日にリマインドのメールをお送りします。ご希望があればご記入ください)

通園(学) \_\_\_\_\_ (幼稚園・保育園・小学校・中学校・高校)

ご家族構成

お父さまお名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_歳) お母さまお名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_歳)

ご兄弟姉妹お名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_歳) ご兄弟姉妹お名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_歳)

ご兄弟姉妹お名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_歳) ご兄弟姉妹お名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_歳)

\*来院された理由は？

- むし歯がある  歯が痛い (いつからですか? \_\_\_\_\_)
- 歯ぐきが腫れている  詰めたものがとれた
- 歯の外傷 (ぶつけた、かけた)  歯並び、噛み合わせの相談
- 歯の形・生え方の相談  検診・予防
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

\*当院を何で知りましたか？

- 通りがかり  HP を見て  インターネットで見te  家族が通っているから
- 紹介 (  医療機関【 \_\_\_\_\_ (大学・病院・開業医) \_\_\_\_\_ 先生】
- 保健所  お知り合い \_\_\_\_\_ 様)

\*歯科受診は？  初めて  かかったことがある ( \_\_\_\_\_ か月・年位前)

お子さまの様子はどうでしたか？ ( \_\_\_\_\_ )

\*歯科治療で麻酔をしたことがありますか？  ある  ない

\*歯科治療で歯を抜いたことがありますか？  ある  ない

\*血が止まりにくいことがありますか？  ある  ない

\*アレルギーはありますか？  ある  ない

裏面もお願いいたします

アレルギーがある場合… 薬剤 ( )  
食物 ( )  
その他 ( )

\*診察でゴム手袋を使用しますが、よろしいですか？  はい  いいえ

\*定期的にかかっている医療機関はありますか？  ある  ない  
ある場合… 医療機関名 ( )  
担当医 ( 先生)

\*常用している薬はありますか？  なし  あり ( )

注) 舌下免疫療法薬 (シダキュア・ミディキュア) を服用している場合は必ずお申し出ください。

\*出生は？ 妊娠 \_\_\_\_\_ 週・体重 \_\_\_\_\_ g

\*出生時に問題はありましたか？  いいえ  はい ( )

\*離乳の開始時期はいつですか？ \_\_\_\_\_ か月頃

\*現在授乳中ですか？  はい  いいえ (卒乳 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月頃)

\*最初の歯が生えたのは？ \_\_\_\_\_ か月頃

\*保健所の歯科検診で問題を指摘されたことはありますか？  
 ない  ある ( )

\*歯磨きの仕方を習ったことはありますか？  はい  いいえ

\*歯磨きは一日に何回していますか？ \_\_\_\_\_ 回 (  朝  昼  夜  就寝前)

\*間食はどのようなものが多いですか？

チョコ  ビスケット  アメ  ケーキ  スナック菓子  せんべい  
 アイスクリーム  ジュース  乳酸菌飲料  イオン飲料  炭酸飲料  
 その他 ( )

\*むし歯予防のフッ素塗布は希望されますか？  はい  いいえ

\*お子さまの性格や発達について事前に伝えておきたいこと、歯科治療や通院についてのご希望がありましたらお書きください。

ご記入ありがとうございました。

頂いた個人情報は適切に管理し、厳重に保管いたします。

石井こどもの歯科 院長 石井コズエ