

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・バス)

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

*出生時に問題がありましたか？ 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