

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)
お子さんのお名前 _____	愛称 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳 _____ か月)	
住所 〒 _____	当院までの通院時間 _____ 分
電話番号 _____	緊急連絡先電話番号 _____
通園(学) _____	(幼稚園・保育園・小学校・中学校・高校)
ご家族構成	
お父さんお名前 _____ (_____ 歳)	お母さんお名前 _____ (_____ 歳)
兄弟姉妹お名前 _____ (_____ 歳)	兄弟姉妹お名前 _____ (_____ 歳)
兄弟姉妹お名前 _____ (_____ 歳)	兄弟姉妹お名前 _____ (_____ 歳)

* 来院された理由は？

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> むし歯がある | <input type="checkbox"/> 歯が痛い (いつから？) |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている | <input type="checkbox"/> 詰めたものがとれた |
| <input type="checkbox"/> 歯の外傷 (ぶつけた、かけた) | <input type="checkbox"/> 歯並び、噛み合わせの相談 |
| <input type="checkbox"/> 歯の形・生え方の相談 | <input type="checkbox"/> 検診・予防 |
| <input type="checkbox"/> 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て
- 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)

お子さん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？ | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| * 歯科治療で歯を抜いたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| * 血が止まりにくいことがありますか？ | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| * アレルギーがありますか？ | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |

ある場合… 薬剤 (_____)

食物 (_____)

その他 (_____) 裏面もお願いします

