

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？

- 検診・予防 むし歯がある 歯が痛い 詰めたものがとれた 歯ぐきの腫れ
 歯の外傷 (ぶつけた、かけた) 歯並び・歯の生え方・噛み合わせの相談
 その他 (_____)

*当院を何で知りましたか？

通りがかり HP Instagram インターネット 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)

*歯科治療で麻酔をしたことがありますか？ はい いいえ

*歯科治療で歯を抜いたことがありますか？ はい いいえ

*血が止まりにくいことがありますか？ はい いいえ

*アレルギーはありますか？ はい いいえ

はいの場合… (_____)

*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

裏面も記入をお願いします

*定期的にかかっている医療機関・療育機関はありますか？ はい いいえ
はいの場合… 医療機関名 ()
・ () 科)
担当医 () 先生)
療育機関名 ()

*常用している薬はありますか？ はい いいえ
はいの場合… 薬名 ()

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？ はい いいえ
はいの場合… ()

*現在授乳中ですか？ はい いいえ (卒乳_____歳_____か月頃)

*離乳の開始時期はいつですか？ _____か月頃

*最初の歯が生えたのはいつですか？ _____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？ はい いいえ

*歯磨き指導を受け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)

*お口の中で気になることはありますか？

【食べる】 丸飲み 食べこぼし 音を立てて食べる 偏食 時間がかかる

【話す】 滑舌が悪い お口ぽかん 舌が短い・前に出しにくい

【その他】 口呼吸 いびきをかく 口が乾燥している 横向き・うつ伏せ寝が多い

指しゃぶり・唇を咬むなどの癖 口臭が気になる

*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 グミ

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 お茶・水

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