

記入日： 年 月 日

ふりがな	性別	愛称	生年月日
お名前	男・女 第 子	平・令	年 月 日
ご住所	〒	通園	通学
		幼稚園 保育園 組	学校 年
自宅 (TEL)	携帯		

年齢： 歳 ヲ月 身長： cm 体重： kg

◆どうなさいましたか？

- 虫歯がある 歯が痛い 矯正について知りたい
予防処置
検診希望 その他 ()

◆虫歯に対する歯磨き指導、食事指導を希望されますか？

- 希望する 希望しない 気になるこのみ

◆歯磨きはいつしていますか？

- なし 朝 昼 夜

◆仕上げ磨きを行っていますか？

- はい いいえ

◆今まで歯医者さんへ行ったことがありますか？

- ある (歳ごろ)
治療をもらった
虫歯予防 (シーラント・フッ素塗布・歯磨き) をもらった
矯正治療を受けた、もしくは相談に行った
ない

◆今までに入院、手術を受けるような大きな病気にかかったことがありますか？

- ない ある (病名)

◆かかりつけの小児科、内科はありますか？

- ない ある (病院名)

◆現在飲んでいる薬はありますか？

- ない ある (薬名)

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- ない ある [牛乳 ・ 卵 ・ ラテックス ・ その他 ()]

◆ペニシリン、その他抗生物質の治療を受けたことがありますか？

- ない ある

◆薬や注射で気持ちが悪くなったり、湿疹が出たことはありますか？

- ない ある

◆血が止まりにくかったことがありますか？

- ない ある

※2枚目へ続きます

◆何か癖はありますか？ 重要!!複数回答可

- ない
ある
- 指しゃぶりする いびきをかく
唇触る 口を開けて呼吸する 無意識に口が開く
頬杖をつく（右・左） 歯ぎしりをする
舌の癖がある（上下の歯の間に舌を入れ込む・舌を上手く動かすことが出来ない など）
噛む癖がある（爪を噛む・舌を噛む・頬や唇の内側を噛む など）
その他（ ）

◆話す行動について不安な点がありますか？

- ない
ある
- 発音がしにくそうである
（「さしすせそ」が発音しにくそう・「たちつと」が発音しにくそう・その他の言葉）
その他

◆お子様の食事についてお聞きます。

- ・食事にかける時間はどのくらいですか？
10分以内 10分から30分 30分から1時間 1時間以上
- ・間食は1日に何回与えていますか？（ ）回
- ・間食にはどのようなものを与えていますか？（食べ物・飲み物）
（ ）

◆お子様の治療の同席を希望しますか？

- はい いいえ

◆当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 知り合い、家族からの紹介（紹介者の方： ）
看板を見て 近く・通りがかり
他の医院からの紹介（医院名： ）
歯科医師からの紹介（歯科医師名： ）
ホームページから
検索サイトから
広告（ ）に載っているホームページアドレスを見て
他サイト（ ）から
その他（ ）

◆矯正のカウンセリング（無料）を希望されますか？6才から10才対象

- はい いいえ

◆ご家族の方で当院に通院されている方はいらっしゃいますか？

- いいえ
はい
- （お名前： ） （続柄： ）
（お名前： ） （続柄： ）
（お名前： ） （続柄： ）
（お名前： ） （続柄： ）

※待ち時間のない診療の為、当日キャンセル、無断キャンセル2回でご予約を控えさせていただきます。
予約の変更の場合3日前までにお電話宜しくお願いします。 同意します

以上です。ありがとうございました。ご記入後は受付にお出してください。