

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はありますか？

- 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。