

フリガナ
 お子様氏名 _____ 愛称 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 才 _____

保護者氏名 _____ TEL _____ 携帯 _____

住所 〒 _____ E-Mail _____

できるだけ詳しくご記入ください。該当箇所は○および☑、病名などの記入をお願いいたします。

■ 本日来院された理由をご記入ください。

1. 歯が痛い 2. 虫歯の治療をしてほしい 3. 検査をしたい 4. フッ素を塗布したい
5. その他 _____

■ 歯の治療経験についてご記入ください。

1. 今までに治療を受けたことが ない ある→いつごろですか? _____
2. そのときの治療の様子 スムーズにできた いやがった 泣いた あばれた

■ お子様の健康状態についてご記入ください

1. 現在、他のお医者様にかかっていますか？
いない いる→病名= _____ 病院名= _____
2. 現在、お薬をのんでいますか？
いない いる→薬名= _____
3. いままでに大きな病気にかかったことはありますか
ない ある→病名= _____ ・ _____ 才のとき _____
4. 特異体質やアレルギーはありますか？
ない ある→かぶれやすい じん麻疹がでる 傷で血が止まりにくい 薬物
 その他 _____

■ 治療についてのご希望をご記入ください

- 虫歯だけでなく、お口の健康管理もしてほしい→「よい歯の会」へのご入会をお勧めしています。
- 今痛んでいる歯の治療だけでよい

■ ご来院いただいたきっかけをご記入ください。

- 当院ホームページ タウンページ インターネット 具体的に _____
- 当院または診療所に通院しているから 知人の紹介 その他 _____