

記入日 年 月 日

診療申込(小児用)

カルテNo. _____

記入者名 _____

フリガナ

男 女

生年月日(西暦)

年 月 日

お名前

愛称

歳 か月

身長 cm 体重 kg

住所 〒 -

電話番号 自宅() -

携帯() -

幼稚園・保育園

家族構成 祖父 祖母 父 母

小学校名

兄 姉 弟 妹 その他()

* どうなさいましたか？(複数回答可)

歯が痛い 歯茎が腫れている 虫歯の治療をしてほしい 検診を受けたい
 歯並びを治したい フッ素を塗ってほしい その他()

* 歯科治療の経験はありますか？

・今まで治療を受けたことは ない ある () か月 前 歯科医院名()

・その時の治療は できた いやがった 泣いた 暴れた 歯科医院から断られた

・麻酔の経験は ない ある

* 今までにフッ素塗布を受けたことがありますか？(複数回答可)

ない 歯科医院で→ 無料だった 有料だった 市の検診で
 購入し家庭で→商品名() その他()

* 現在、他の医院にかかっていますか？

いない いる 病名() 病院名・担当医()

* 現在、お薬を飲んでいますか？

いない いる 薬名()

* 今までに大きな病気になったことがありますか？

ない ある () 歳の時 病名()

* 特異体質やアレルギーはありますか？

ない かぶれやすい じん麻疹が出やすい 血が止まりにくい その他()
 薬 薬品名()

* 身心的な面で特別な配慮を必要とされますか？

ない ある()

* 治療についてご希望はありますか？

悪いところは全部治したい 痛い歯だけ治してほしい その他()

* 通いやすい曜日・時間はありますか？(複数回答可)

月 火 水 木 金 土 午前()時頃 午後()時頃

* お子様の性格にあてはまるものはありますか？(複数回答可)

- 聞き分けが良い おとなしい のんびりしている 気が強い わがまま
 神経質 泣き虫 甘えっこ 恐怖心が強い 乱暴 その他()

* お子様に癖はありますか？(複数回答可)

- 特にない 指をしゃぶる(いつ?) 歯ぎしりをする
 唇をかむ 爪をかむ タオルをかむ 舌を出す
 口が開いていることが多い 食べる時にこぼすことが多い
 下あごを出す 口で呼吸をする その他()

* おやつ・間食について

・時間を決めていますか？

- いない いる 1日()回

・よく食べるもの、飲むものは何ですか？ ()

* お口の中のお掃除はしていますか？(複数回答可)

- していない ガーゼでふく うがいをする 歯磨きをする

* そのお口のお掃除はいつ誰がしていますか？

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 起床時 | <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 保護者 | <input type="checkbox"/> 保育士など |
| <input type="checkbox"/> 朝食後 | <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 保護者 | <input type="checkbox"/> 保育士など |
| <input type="checkbox"/> 昼食後 | <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 保護者 | <input type="checkbox"/> 保育士など |
| <input type="checkbox"/> 夕食後 | <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 保護者 | <input type="checkbox"/> 保育士など |
| <input type="checkbox"/> 就寝前 | <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 保護者 | <input type="checkbox"/> 保育士など |
| <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 保護者 | <input type="checkbox"/> 保育士など |

* ハミガキ粉は使用していますか？

- 使用していない 使用している
その後うがいを している していない

* 当院をお知りになったきっかけは何ですか？(複数回答可)

- 近いから 看板を見て 建物をみて
 タウンページ ホームページ リーフレット
 チラシ 他医院からの紹介() 医院)

- 口コミ 紹介(紹介者名:)