



おこさま診療申込書



年 月 日

カルテ No.

フリガナ					男・女	平成 年 月 日生 ()歳
お名前	ニックネーム					
ご住所	〒 -				電話番号	- -
					携帯電話	- -
学校名 (園名)		好きな キャラクター		好きな 食べ物		
同居しているご家族	<input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄・姉()人 <input type="checkbox"/> 弟・妹()人					

今日はどうなさいましたか？ (複数回答可)

歯が痛い 歯ぐきが痛い
 検診希望 フッ素塗布希望 予防処置希望
 矯正相談(歯並び、噛み合わせ)
 その他()

当院を何でお知りになりましたか？

知人・家族の紹介(ご紹介者名)
 タウンページを見て ホームページを見て
 記事を見て(誌名)
 建物を見て 近所だから
 その他()

今までに歯科を受診されたことはありますか？

ある ない

「ある」方へ その時の様子はいかがでしたか？

上手にできた 嫌がった 泣いた

麻酔をしたことはありますか？

ある ない

診療についてご希望がありますか？

一度にたくさん治療し、通院回数を少なくしてほしい
 通院の回数は増えても、少しずつ治療してほしい
 痛いところ、困っているところだけを治してほしい
 痛いところ、困っているところだけではなく、口の中全体を治療してほしい
 すごく「こわがり」なので注意してほしい

今までにかかったことがある病気はありますか？

特になし 心臓病 肝臓病
 腎臓病 その他()

次のようなことがありますか？

ジンマシンが得意やすい 花粉症
 風邪をひきやすい 喘息がある
 血が止まりにくい 下痢しやすい
 アレルギー体質()
 薬過敏(薬品名)
 その他()

何かクセはありますか？

特になし 指しゃぶり 爪かみ
 唇をかむ 歯ぎしり 口で呼吸

歯みがきはいつ行っていますか？

朝 昼 夜
 毎食後 寝る前 決まっていない

誰が行いますか？

子供のみ 親のみ
 子供の後に親 親の後に子供

定期検診について

治療が終わっても定期検診を受けたい
 定期検診について説明してほしい
 定期検診は希望しない

その他、ご質問やご希望、お子様のことで特記事項がありましたらご記入ください。