

おこさま診療申込書

年

月

日

カルテ No.

フリガナ				男 ・ 女	平成・令和 ()	年 ()	月 ()	日生
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

「ある」方へ 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 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 □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。