

# 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。