



(小学生以下)

記入日 年 月 日

フリガナ			男	平成・令和	年	月	日生
お名前	呼び名()		女	()	歳	ヵ月)	
ご住所	〒	自宅電話					
		携帯電話					
保護者氏名							
学校名		ごきょうだい ()	人きょうだいの ()	番目			
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話		午前・午後		時頃	

お手数ですが該当する箇所に チェックをつけてお答えください

1、当院を知ったきっかけは何ですか？

- 医院を直接見て(看板など)
- 知人・家族の紹介()様
- インターネット・ホームページ
- 女性の歯科医師がいるから
- その他()

3、痛みや気になる場所はどこですか？

左上	前上	右上
左下	前下	右下
<input type="checkbox"/> 全部		
<input type="checkbox"/> その他()		

2、どうなさいましたか？

- 虫歯がある
- 打撲
- 歯が痛い
- 学校、幼稚園などで健診の紙をもらった
- 歯の抜けている所が気になる
- 歯茎から血が出たり、痛くなったり、腫れたりする
- あごの関節が痛い
- 歯並びを治したい
- 歯の汚れをとってほしい
- 検診をしてほしい
- フッ素塗布をしてほしい
- 虫歯になる原因の検査(虫歯リスク診断)をしてほしい



別途500円

4、以前歯医者さんで治療を受けたことがありますか？

- ない。今日が初めて ある()才ごろ
- あるとお答えの方へ
- その時の治療の様子はいかがでしたか？
- 上手にできた 泣いた 嫌がった 暴れた
- わからない その他()

5、麻酔をしたことはありますか？

- ない ある

6、アレルギーはありますか？

- ある(食べ物
- (お薬
- ない

7、次の病気にかかったことはありますか？

- 心臓病 肝臓病 腎臓病 肺炎 結核
- インフルエンザ 扁桃炎 はしか 黄疸
- ぜんそく てんかん()才ごろ)
- アトピー性皮膚炎 その他病名()
- ない

* 治療や気になる症状がある方へ、その症状はいつからですか？

- 今日 ()日前から その他()

2枚目へ続きます

