泉おとな
こども歯科
izumi otona kodomo dental clinic

小児診療申込書

年　　月　　日

No.

フリガナ		愛称・ニックネーム	男・女	生年月日	平成 令和　　年　　月　　日生（　　才）
お名前					
ご住所	〒　　－　　アパート名・何号室までご記入下さい			TEL（　　）　　－ 携帯（　　）　　－ ※保護者の方の携帯番号をご記入下さい	
	e-mail				
保護者のお名前		お仕事		お仕事先	

該当する□部にチェックして下さい（複数回答可）、その他の（　）内はできるだけ詳しく記入して下さい。

どうなさいましたか？	□ 検診　□ 虫歯、歯ぐきの検査　□ お掃除（歯石、着色）
	□ 虫歯　□ 穴が空いている　□ 噛むと痛い　□ 何もしなくても痛い □ 冷たいものがしみる　□ 熱いものがしみる　□ つめもの、かぶせものがとれた □ その他（　　）
	□ 歯ぐき　□ 痛い　□ 腫れた　□ 血がでる　□ 口臭が気になる □ その他（　　）
	□ 歯をぶつけた　□ 歯がぐらぐら　□ 歯が割れた　□ 歯が抜けた □ 乳歯の下から大人の歯が生えてきた　□ フッ素　□ シーラント □ 学校検診で紙をもらった　□ 歯並びがきになる（矯正）
	□ その他（　　）
歯医者さんに来たのは？	□ はじめて　□ 以前にある
保護者の付き添いは？	□ 希望する　□ 希望しない（一人で治療できる）
今までに歯科治療や麻酔、抜歯などで何か異常は？	□ ない □ ある（いつ？どのような？　　）
現在のんでいるお薬は？	□ ない　□ ある　薬名（　　）
お医者さんから止められている薬は？	□ ない □ ある　薬の種類（　　）
アレルギーは？	□ ない □ ある　□ 薬（　　）　□ 食べ物（　　） □ 花粉（　　）　□ その他（　　）
内科的病気、その他は？	□ ない □ ある　病名（　　）
かかりつけの医院は？	医院名（　　）　医師名（　　）
治療中嫌がったり暴れたら?	□ 治療回数はかかっても練習しながらやりたい　□ 治療回数はかけずに体をおさえてでもやりたい
お子様の治療について	□ 悪いところは全部治したい　□ 調子が悪いところのみ治したい □ 治療方法、回数などの説明を聞きたい（カウンセリング）　□ 自費診療を取り入れたい
よろしければお子様と同居中の家族構成をお聞かせ下さい。	□ 祖父　才　□ 祖母　才　□ お父さん　才　□ お母さん　才 □ 兄　才　□ 姉　才　□ 弟　才　□ 妹　才 □ その他（　　才）　※年齢は分かる範囲内で結構です
通っている保育園、幼稚園、小学校をお聞かせ下さい。	
通院に際しご希望は？	□ 特になし □ 月　□ 火　□ 水　□ 金　□ 土　□ 午前（　　時）　□ 午後（　　時）
定期検診は？	□ 希望する　□ 3ヶ月　□ 6ヶ月　□ 1年 □ 希望しない
当院をどのようにお知りになりましたか？	□ ご友人・ご家族からの紹介（お名前　　様）　□ ご近所 □ 通りがかり　□ ホームページ　□ その他（　　）
他にご希望、ご心配なこと等あればご記入下さい。	

ありがとうございました。