

ふりがな		平	ニックネーム
お名前	男 女	令 年 月 日生 ( ) 才	
ご住所	〒	T E L	( ) -
幼稚園・ 保育園・小学校名			( 年生)
メールアドレス			

アドレスを登録して頂くとご予約前日と当日 1 時間前にメールでお知らせいたします

◆当院を何で知りましたか？

①通りがかり ②ホームページ ③紹介(ご紹介者・ご家族 様 )

◆今回はどうなさいましたか？

- ① 歯が痛い
- ② 腫れているところがある
- ③ むし歯がある ※場所はどこですか？
- ④ つめものがとれた
- ⑤ ぐらぐらの歯がある・乳歯をぬいてほしい 右上 上前 左上
- ⑥ 歯並びが気になる 右下 下前 左下
- ⑦ 歯の着色が気になる
- ⑧ ブラッシング指導をうけたい・歯石をとってほしい・定期検診をしてほしい
- ⑨ フッ素塗布をしてほしい
- ⑩ その他 ( )

◆歯科治療は当院がはじめてですか？

- ・はじめて
- ・ある ⇒①素直にうけた ②嫌がった ③泣いた ④あばれた ⑤治療できず中断

◆お子様が泣いたりあばれたり治療を続けるのが困難な場合、症状によってご相談・ご説明はしますがどうされますか？

- ・治療を中断してほしい
- ・最後まで治療をしてほしい

◆かかりつけの内科医はありますか？ ( 医院名 : )

◆現在かかっている病気はありますか？ ( )

◆お薬は飲んでいますか？ ・いいえ ・はい (薬名 : )

◆アレルギーはありますか？ ・ない ・ある ( )

◆はみがきの仕方は？ ・あまりしていない ・している (本人/親) (毎食後/朝夕)

◆おやつ時間は決まっていますか？

- ・あたえていない
- ・時間を決めている
- ・ほしがるときに与える

◆治療についてのご希望やお伝えしておきたいことがございましたらお聞かせ下さい