

小児歯科 診療申込書

フリガナ	男	愛称	H 年 月 日生(歳 ヶ月)		
お名前	女				
住所	〒 ー		学年	習い事	
お約束の確認及び、変更等のご連絡に使用させていただきますのでご記入御願ひ致します					
ご連絡先		携帯	e-mail		
御来院のきっかけをお聞かせ下さい		<input type="checkbox"/> ご紹介(様から) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 評判 <input type="checkbox"/> 家が近い <input type="checkbox"/> その他()			
いかがなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の予防 <input type="checkbox"/> 虫歯の治療(<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 腫れた) <input type="checkbox"/> 歯並び(<input type="checkbox"/> 歯並びが悪い <input type="checkbox"/> 歯の生える場所が悪い <input type="checkbox"/> 歯の生え方が遅い) <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> その他()				
歯科医院にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 虫歯治療 <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 検診) <input type="checkbox"/> ない				
最後の歯科受診はいつですか	H 年 月頃				
歯科麻酔をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある(<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 問題あり) <input type="checkbox"/> ない				
今の調子はいかがですか	<input type="checkbox"/> 調子が良い <input type="checkbox"/> 緊張気味 <input type="checkbox"/> 風邪気味 <input type="checkbox"/> その他()				
お子様の性格を教えてください (治療を行う上でとても重要です。 複数可。)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> のんびり <input type="checkbox"/> 人見知りする <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 恐怖心が強い <input type="checkbox"/> 落ち着いている <input type="checkbox"/> いらいらしてる <input type="checkbox"/> ぼんやりしている <input type="checkbox"/> おこりっぽい <input type="checkbox"/> 理屈っぽい <input type="checkbox"/> ほがらか <input type="checkbox"/> 泣き虫 <input type="checkbox"/> 甘えん坊 <input type="checkbox"/> わんぱく <input type="checkbox"/> その他()				
次のような癖はありますか	<input type="checkbox"/> 唇噛み <input type="checkbox"/> 爪噛み <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 唇を吸う <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 口呼吸 <input type="checkbox"/> いつも口が開いている <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> おねしょ <input type="checkbox"/> その他()				
間食について	主にどんな物を与えていますか() ()回 <input type="checkbox"/> 時間を決めて <input type="checkbox"/> 欲しがるときに				
歯ブラシについて	歯は磨きますか <input type="checkbox"/> 磨く <input type="checkbox"/> 磨かない 1日()回 ()分 <input type="checkbox"/> 1人で磨く <input type="checkbox"/> 仕上げ磨きをする(<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に数回 <input type="checkbox"/> 週に1回)				
治療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 悪い歯は全部治したい <input type="checkbox"/> 気になる所だけ治したい <input type="checkbox"/> 相談したい				
今までかかった大きなご病気、 現在治療中の病気、投薬	今までかかった大きな病気 () 現在治療中の病気 ()				
アレルギー等ございましたら ご記入下さい	今飲んでいるお薬 () アレルギー ()				
お引っ越しする予定はありますか	<input type="checkbox"/> ある いくらいですか() <input type="checkbox"/> なし				
その他ご希望ございましたら ご記入下さい					