



ふりがな		性別	生年月日	H	年	月	日
氏名		男・女	愛称	ちゃん	年齢	才	
住所	〒	電話					
保護者	様	紹介者			様	続柄	

以下の質問にできるだけ正確にお答えください。該当箇所は「✓印」及び「病名等」をご記入お願い致します。
この記録は、より良い診療を行うための大切な内容です。秘密は厳守致します。

当院は初めてですか	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前に来たことがある									
当院を選ばれたきっかけは (いくつ選択しても可)	<input type="checkbox"/> 家族が通院中または通院していた <input type="checkbox"/> 友人や知人の紹介、勧めで来た <input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> 広告や看板を見た <input type="checkbox"/> 家が近くて通うのに便利 <input type="checkbox"/> 職場が近くて通うのに便利 <input type="checkbox"/> 評判を聞いた <input type="checkbox"/> その他 ()									
お子様の現状についてお伺いします										
今日はどうされましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> グラグラしている <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 検査がしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃がしたい <input type="checkbox"/> フッ素を塗布したい <input type="checkbox"/> その他 ()									
現在、歯が痛みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい はいの場合 (いつごろか)									
今の症状を教えてください (いくつ選択しても可)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">左上</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">前上</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">右上</td> <td rowspan="2" style="width: 25%; vertical-align: middle;">《どこの部分か○をつけてください》</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">左下</td> <td style="text-align: center;">前下</td> <td style="text-align: center;">右下</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる (温/冷) <input type="checkbox"/> つめもの冠がはずれた <input type="checkbox"/> 歯茎から出血する <input type="checkbox"/> 歯茎・顔が腫れた <input type="checkbox"/> 冠を入れたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 痛くないが悪いところを治療したい <input type="checkbox"/> その他 ()		左上	前上	右上	《どこの部分か○をつけてください》	左下	前下	右下	
左上	前上	右上	《どこの部分か○をつけてください》							
左下	前下	右下								
何かクセはありますか	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 唇をかむ <input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする <input type="checkbox"/> タオルなどをくわえる <input type="checkbox"/> ずっと食べ物を口に入れている <input type="checkbox"/> その他 ()									
歯をいつ磨きますか	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 毎食後 <input type="checkbox"/> 磨かない <input type="checkbox"/> その他 ()									
だれが磨いていますか	<input type="checkbox"/> 子どもが自分で磨く <input type="checkbox"/> 子どもが磨いた後に親が磨く <input type="checkbox"/> 親が磨く									
歯磨剤は使いますか	<input type="checkbox"/> 使う <input type="checkbox"/> 使わない									
お子様の性格を教えてください (いくつ選択しても可)	<input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> のんびり <input type="checkbox"/> 恐怖心が強い <input type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 我が強い <input type="checkbox"/> 泣き虫 <input type="checkbox"/> うちべんけい <input type="checkbox"/> 甘えっ子 <input type="checkbox"/> その他 ()									
お子様の今までの成長についてお伺いします										
1、今まで薬や食べ物に対してアレルギー反応を示されましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい									
2、今までに何か大きな病気をしましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい はいの場合 病名 _____ 歳頃 _____									
3、現在通院していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい はいの場合 病名 _____ 病院名 _____									
4、お子様は今までに歯科の治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい									
5、その時は十分な治療ができましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい									
6、歯科で麻酔を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい									
治療についてお伺いします										
1、どのような治療をご希望ですか	<input type="checkbox"/> 今痛い所だけを治したい <input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい									
2、お子様が治療中に泣いたり暴れたりしたらどうしますか	<input type="checkbox"/> 治療をやめてほしい <input type="checkbox"/> 治療を続けてほしい									
3、お子様が嫌がって動くと、お口の中が危険であるため、スタッフがお子様の手足を保持する場合があります	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 望まない <input type="checkbox"/> 場合による									
その他、医師に伝えたいことがありましたらご記入ください										
ご希望の予約日時がありましたらご記入ください										
曜日：	月	火	水	木	金	土	時間：	午前	午後	() 時頃