

お子さまの予診表

記入日 年 月 日

ふりがな _____ 生年月日 平成 年 月 日
お子様の氏名 _____ 愛称 _____ 年齢 才 ヶ月
保護者氏名 _____ お電話番号 () _____
住所 〒 _____ 携帯番号 _____

※ できるだけ詳しくご記入ください。該当箇所は「○印」及び「病名等」をご記入をお願いします。

●どうなさいましたか

1. 歯が痛い 2. むし歯の治療をしてほしい 3. 検査をしたい 4. 歯並びを治したい
5. フッ素を塗布したい 6. その他 _____

●歯の治療の経験はありますか

1. 今までに治療を受けたことは (ない・ある _____ ころ) 病院名 _____
2. そのとき治療を (やらせた ・いやがった ・泣いた ・あばれた ・ことわられた)

●お子様の健康状態について

1. 現在、他のお医者さまにかかっていますか
(いない・いる 病名 _____ 病院名 _____)
2. 現在、お薬をのんでいますか
(いない・いる 薬名 _____)
3. いままで大きな病気になられたことは
(ない・ある 病名: _____ ・ _____ のとき)
4. 特異体質やアレルギーはありますか
(ない : かぶれやすい、じんましんがでる、傷で血が止まりにくい、薬物など)
その他 _____

●治療について

- ・ むし歯の治療だけでなく、お口の健康管理もしてほしい
- < フッ素塗布 ・ 定期検診 ・ 歯ブラシ指導 ・ カリエステストチェック (むし歯になりやすいか調べる)>
- ・ 悪いところは全部なおしたい
- ・ 今痛んでいる歯の治療だけでよい

●当クリニックを何でお知りになりましたか

1. 看板・クリニック前を見て 2. 雑誌 3. ご紹介で(家族・知人:ご紹介者名 _____)
4. インターネット 5. 電話帳 6. 家族が通院している 7. 近所だから
8. その他 (_____)

★特に先生に連絡したい事があればお書きください