



予診表

年 月 日 ()

ふりがな

患者氏名 男・女 才 ケ月

学校(幼稚園・保育園)名

住所 〒

TEL

緊急連絡先(.....)の TEL (必ずご記入下さい)

当院をお知りになったきっかけ

紹介者 ・兄弟通院 ・インターネット ・電話帳 ・雑誌

・フリーペーパー ・看板 ・うわさ ・その他

1. お子様の健康状態について

- ・ いつも診ていただく、かかりつけの病院はありますか？ (いいえ ・ はい)
..... 病院 科 先生
 - ・ 現在、通院したり、お薬を使用したりしていますか？ (いいえ ・ はい)
病名 病院名 薬剤名
 - ・ 気管支拡張剤を使用したことはありますか？ (いいえ ・ はい ・ 現在使用中)
 - ・ 今までに大きな病気になられたことはありますか？ (いいえ ・ はい)
病名 才 病院 先生
病名 才 病院 先生
 - ・ 特異体質やアレルギーはありますか。 (いいえ ・ はい ・ わからない)
喘息 ・ 血が止まりにくい ・ じんましんや湿疹がでる ・ アトピー ・ その他
- アレルギーの原因(物質など)はなんですか？
(薬 ・食べ物 ・他)

2. 情緒面でご心配なことはありますか？ ない ・ ある

具体的に (広汎性発達障害・自閉症・注意欠如他動障害・学習障害・

通所・通院しているところがありますか？

3. 本人又はご家族の中にウイルス性疾患・血液疾患 (B・C 肝炎、HIV など)にかかられた方はいますか？

いない ・ いる (本人 ・ 父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ 兄弟姉妹) 疾患名

ご家族に感染者がいる方は、本人の検査・予防などはお済ですか？ (ワクチン済 ・ 検査済 ・ 未対応)

4. 歯科の受診経験について (ない ・ ある)

- ・ 最後に受診したのはいつですか？ 才 ケ月頃 (単住住所) の 歯科医院
その時は (やらせた ・ いやがった ・ あばれた ・ 断られた ・ その他
- ・ いままで経験のある歯科治療は？
フッ素塗布 ・ シーラント ・ ムシ歯治療 ・ 抜歯 ・ 歯並びの治療 ・ 歯磨き指導
その他
- ・ 麻酔の経験はありますか？ (ない ・ ある)

※裏面もご記入下さい

5. 家族構成：同居家族およびペット(種類・名前)を全員お書き下さい

続柄	名前	年齢(才)	職業、学校名(幼稚園・保育園)	当院の来院経歴
父				無・有 ～ 才頃
母				無・有 ～ 才頃
				無・有 ～ 才頃
				無・有 ～ 才頃
				無・有 ～ 才頃
				無・有 ～ 才頃
				無・有 ～ 才頃

6. 通院について

- ・ 通院に用いる交通機関と所要時間 (徒歩・自転車・自家用車・バス・地下鉄・JR 時間 分)
- ・ 都合の良い日時は (月・火・水・木・金・土 AM 時頃・PM 時頃、何時でも良い)

7. 治療の内容について

- ・ 悪いところは全部治したい
- ・ 今痛んでいる歯だけ治したい
- ・ 応急処置だけ
- ・ お口の健康管理もしてほしい (歯ブラシ指導・フッ素塗布・定期健診・)

8. 治療費について

- ・ すべて健康保険で治したい
- ・ なるべく保険で無理なときは一部自費でもかまわない
- ・ 最も良い資材と方法で治したい
- ・ 相談の上で決めたい

9. お子様の性格について

ききわけがよい・我慢強い・神経質・恐がり・わがまま・泣きむし・乱暴・甘えっこ・その他

10. お子様の遊びについて

- ・ 好きなテレビ番組
- ・ 好きな遊び

※下記の11番と12番は、就学前のお子様のみご記入下さい

11. お子様を妊娠中のお母様の健康状態と出産時の状況

- ・ 妊娠中病気 () ・ つわり (重・軽) ・ 出産 (週・ g)

12. お子様の授乳・卒乳について

- ・ 初めて歯が生えたのは (月頃・はやめ・ふつう・おそめ・わからない)
- ・ 授乳は主に (母乳・人口乳・混合乳)
- ・ 母乳もミルクも卒乳しましたか? (はい 才 月頃、いいえ 回/日)
- ・ ほ乳ピンは (使用しない・使用した 才 月頃まで・使用中)
- ・ ほ乳ピンにミルク以外のものを (入れない・入れた)

※この他に歯科治療に関する質問がございましたら、お気軽にお尋ね下さい