秘 予診表　　年　月　日(　)　：

ふりがな

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男 ・ 女　＿＿才＿＿ヶ月

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

区役所内広告 ・ 雑誌 ・ フリーペーパー ・ 地下鉄広告 ・ ラジオ ・ うわさ ・ その他＿＿＿＿＿＿

1.　お子様の健康状態について

・ 平熱は何度ですか？　＿＿＿度＿＿＿分

・ 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＿＿＿＿＿＿

ｱﾚﾙｷﾞｰの原因(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はありますか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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＿＿ヶ月頃　(簡単住所)＿＿＿＿＿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)

※ うら面もご記入下さい

5.　家族構成 ： 同居家族を全員お書き下さい

続柄	名　前	年令(才)	職業、学校名(幼稚園・保育園)	当院の来院経験
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 ・ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

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

きかわけがよい ・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＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 下記の 10 番と 11 番は、就学前のお子様のみご記入下さい

10.　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 ）

11.　お子様の授乳・卒乳について

・　初めて歯が生えたのは　（ ＿＿＿ヶ月頃 ・ 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＿＿ヶ月頃 、 いいえ ＿＿＿＿＿＿回/日 ）

・　ほ乳ビンは　（ 使用しない ・ 使用した＿＿才＿＿ヶ月頃まで ・ 使用中 ）

・　ほ乳ビンにミルク以外のものを　（ 入れない ・ 入れた＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

※ 全員必ずご記入ください

12.　診療情報活用の承諾のお願い

診療情報を個人特定ができない状態で、医学水準向上・医療者育成の目的のために症例検討会、学会、医学雑誌などで活用することを承諾していただけますか　（ 承諾します ・ 承諾しません ）

記入者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（患者様との関係：本人・母・父・祖母・祖父・その他＿＿＿＿＿＿）