



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 (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)

※ 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	年齢(才)	職業、学校名(幼稚園・保育園)	当院の来院経緯
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

※ 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（ 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）

※ 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）