



[フリガナ]

[愛称:]

] 生 年 月 日

氏 名

☐平成
☐令和

年

月

日生 [

才]

男・女

住 所 〒

電話番号

—

—

携帯番号

—

—

来院希望日時

曜日: ☐火 ☐水 ☐木 ☐金 ☐土 ☐日時間帯: ☐午前 ☐午後 ☐夕方

当院を知った理由

☐看板 ☐広告 ☐ホームページ ☐評判を聞いて ☐近くを通過 ☐ご紹介 [紹介者:]様: ☐家族 ☐知人 ☐友人]

■ 該当する項目にチェックと必要事項をご記入下さい

- 01 本日はどうなさいましたか? ☐歯が痛い ☐虫歯がある ☐歯ぐきが [痛い・腫れている・血が出る]
☐つめものがとれた ☐乳歯が抜けない ☐永久歯が下から生えてきた
☐お口のけが ☐健診 ☐フッ素塗布希望
☐歯並びが気になる (※チェックされた方は別紙もご記入下さい。)
☐学校健診で紙をもらった ☐その他 []
- 02 部位はどのあたりですか? ☐右上奥歯 ☐上の前歯 ☐左上奥歯
☐右下奥歯 ☐下の前歯 ☐左下奥歯 ☐その他 []
- 03 歯科治療を受けたことがありますか? ☐はい [いつ頃: 年 カ月前] ☐初めて
- 04 前問で「はい」と答えた方、その時の
お子様の様子はどうでしたか? ☐上手にできた ☐嫌がった ☐泣いた ☐暴れた ☐わからない
☐その他 []
- 05 麻酔をしたことがありますか? ☐いいえ
☐はい [その時の様子は? ☐上手にできた ☐泣いたができた ☐わからない]
- 06 お子様の虫歯の治療をしたことが
ありますか? ☐いいえ
☐はい [その時の様子は? ☐上手にできた ☐泣いたができた ☐わからない]
- 07 保護者の方は、お子様の治療について ☐非常に心配 ☐少し心配 ☐心配してない ☐わからない
- 08 お子様は今までに大きな病気に
かかったことはありますか? ☐ない ☐ある ☐ぜんそく ☐ひきつけ
☐その他 []
- 09 かかりつけの医師や医院はありますか? ☐ない ☐ある [病院名: 主治医: 先生]
- 10 治療中の病気・服用薬はありますか? ☐ない
☐ある [病名: 薬:]
- 11 アレルギーはありますか? ☐ない ☐ある [薬品名:]
☐牛乳 ☐卵 ☐花粉 ☐ハウスダスト ☐その他 []
- 12 何かクセはありますか? ☐ない ☐指しゃぶり ☐爪をかむ ☐唇をかむ ☐舌を出す
- 13 お子様の好きなことや、好きなもの
自慢などを教えてください。 []
- 14 担当医に知っておいてほしいことや、
治療に関してご希望など。 []
- 15 お子様の歯の健康のために、定期的な虫歯予防処置 (フッ素塗布) を? ☐希望します ☐希望しません
- 16 明細書について ☐必要 ☐不要

ご記入ありがとうございました。

以上の事を考慮して、ご希望に沿うよう治療を行っていきます。

ご記入いただいた内容は秘密厳守いたします。



えぐさ歯科クリニック

EGUSA DENTAL CLINIC