

初診時間診票

(就学前)

受診日 平成 年 月 日

氏名 ふりがな _____ 愛称 _____ 男・女 _____

生年月日 平成 年 月 日 (歳)

施設名 _____ 組 _____

お子さんの好きな

色 _____

キャラクター _____

テレビ番組 _____

遊び _____

アイドル・芸能人・スポーツ選手など _____



もし当院に仲の良いお友達で通院されている方がいらっしゃればご記入ください。(何名でも可)

氏名 ふりがな _____

ご記入者の方と、お子さんとの関係 ※当てはまるものに印をご記入ください

母 父 祖母 祖父 その他 _____

※ 完全予約制の医院のため、事前の予約確認のお電話をさせて頂いています。
確認の連絡をさせて頂いてもよろしいですか？

電話連絡希望 メール希望 希望しない

緊急連絡先 _____ ()
_____ ()

現住所 〒 _____

だいたい車だと、何分の所ですか？ ※当てはまるものに印をご記入ください

10分以内 30分以内 60分以内 それ以上 (時間 分位)

より良い治療をお受けいただくために、現在のお子さんの健康状態や診療希望をおたずねします。

できるだけ正確にご記入をお願いいたします。(ご記入いただいた内容については秘密を厳守いたします)

今日はどうされましたか？

歯の痛み・ムシ菌 歯ぐきの痛み・腫れ 外傷

※ 複数回答可

健診で受診を勧められた 悪い所がないか検診希望

受診理由に印を

歯並び ムシ菌の予防(フッ素・歯磨き指導など)

一番の受診理由に印を

その他: _____

痛みがありますか？どの程度ですか？

痛くない 少し痛い とても痛い

歯科を受診されたことはありますか？

初めて ある (最後に受診したのが _____ 位前)

歯科で麻酔をしたことがありますか？

有 無

※ 有無の順番に注意

裏へ続く

受診を怖がっていますか？

何ともない

少しこわい

とてもこわい

現在の健康状態は？

良い

あまり良くない

悪い その他

病院にかかっている(病名: _____)

(病院名: _____)

続けて使用している薬がありますか？

無い

ある(薬の種類: _____)

副作用の出た薬・注射がありますか？

無い

ある(薬・注射の名前: _____)

(その時の症状: _____)

アレルギーがありますか？

無い

ある(あてはまるものに○や記入を)

鼻炎 結膜炎 喘息 アトピー

(食べ物: _____)

(_____)

(その他: _____)

ご家族でアレルギーのある方がおられますか？

無い

いる(あてはまるものに○や記入を)

鼻炎 結膜炎 喘息 アトピー

(食べ物: _____)

(_____)

(その他: _____)

ケガや抜歯などで血が止まりにくいことがありましたか？

無い

ある

今までに手術をしたり、入院をした事がありますか？

無い

ある(病名: _____ 時期: _____)

(病名: _____ 時期: _____)

肝炎などの感染症をお持ちですか？

無い

ある(あてはまるものに○や記入を)

B型肝炎 C型肝炎 結核 梅毒 HIV

(その他: _____)

現在お友達、ご家族の方で感染症の方はおられますか？

いない

いる(あてはまるものに○や記入を)

風邪 インフルエンザ おたふく風邪

水ぼうそう 風疹(三日ばしか) 麻疹(はしか)

手足口病 プール熱 トビヒ 水イボ 結核

(その他: _____)

その他歯科治療に際してこちらに知っておいて欲しいことがございますか？

(処置・治療法についての希望、お子さんの性格・こだわり、家庭環境、引越しの可能性、など)

ありがとうございました。お呼びいたしますのでしばらくお待ちください。