

初診時間診票

現住所 〒 _____

お車だと だいたい何分の所ですか? ※当てはまるものに☑印を

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?

※ 複数回答可

受診理由に☑印を

一番の受診理由に■印を

- 歯の痛み・ムシ菌 歯ぐきの痛み・腫れ 外傷
 健診で受診を勧められた 悪い所がないか健診希望
 歯並び ムシ菌の予防 (フッ素・歯みがき指導など)
 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
 初めて ある (最後に受診したのが _____ 年 _____ 月位前)
 有 無 ※ 有無の順番に注意
 何ともない 少し怖い とても怖い
 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: _____)

歯科を受診されたことはありますか?

歯科で麻酔をしたことがありますか?

受診を怖がっていますか?

現在の健康状態は?

続けて使用している薬がありますか?

- 無い ある:薬の種類・名前 _____

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 _____

アレルギーがありますか?

- 無い ある (当てはまるものに○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 (当てはまるものに○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ことがありますか?

- 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 (当てはまるものに○や記入を)
B型肝炎 C型肝炎 結核 梅毒 HIV
(その他: _____)

当院をどのようにして知られましたか?

※ 複数回答可

当てはまるものに☑印を

一番当てはまるものに■印を

- 当院の前を通った 看板等 インターネット
 テレビ 当院に通われている _____ さんの紹介
 ママンペール プレスネット イクちゃん子育てガイド
 タウンページ 他院からの紹介 (施設名 _____)
 兄弟姉妹が通っている その他 (_____)