



初診申込用紙

フリガナ		性別	体重	生年月日・年齢		
氏名		男・女	kg	H・R	年 月 日	生 ヶ月
愛称		ご住所				
記入者の続柄		〒				
保護者の方のご連絡先	携帯・ご自宅	(続柄: _____)				
幼稚園・保育園・学校名		(年生 / 年少・年中・年長)				
当院を受診されたご兄弟・姉妹など		(続柄: _____)				

当院は、お子様の健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。下記質問へのご回答をお願いいたします。

Q1 本日はどうされましたか？

- 検診
 フッ素を塗布したい
 むし歯
 歯を抜きたい
 歯磨きについて知りたい
 歯ならびが気になる
 食べ方や飲み方などの相談
 その他 (_____)

Q2 歯医者さんは初めてですか？

- はい
 いいえ (_____ 歳頃)

Q3 お子様の健康状態についてお答えください。

■ 現在他の病院にかかっていますか？ (歯科以外)

- いいえ
 はい (病名: _____)
 (医療機関名: _____ 担当医: _____)

■ アレルギーはありますか？

- ない
 ある (食べ物: _____ 薬: _____)
 (アトピー・ペット・ほこり・その他: _____)

■ これまでに治療された病気はありますか？ (歯以外)

- ない
 ある (心臓・呼吸器・血圧・血液・その他: _____)

■ 手術をしたことがありますか？

- ない
 ある (病名: _____ 医療機関名: _____ 年 _____ 月)

■ 現在服用中の薬はありますか？

- ない
 ある: おくすり手帳があればコピーをとらせていただきます。
 (薬品名: _____)

■ けがや歯の治療で血が止まりにくかったことはありますか？

- ない
 ある

Q4 お子様のレントゲン撮影について

- 医師の判断にまかせる
 毎回聞いてほしい
 撮影しないでほしい

裏面につづく

Q5 お子様の生活習慣や癖についてお答えください。

■ 歯磨きについて

- 1日 _____ 回（起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前・その他： _____）
- 本人が磨く習慣はありますか？ いいえ はい
- 仕上げ磨きはしていますか？ いいえ はい（1日 _____ 回・その他： _____）
- 歯ブラシ以外に使うものはありますか？ いいえ はい（使っているもの： _____）
- 歯磨き粉は なし あり（商品名： _____）

■ おやつについて

- 1日何回食べますか？（1日 _____ 回）、時間を（決めている・決めていない）
- 主にどのようなものを食べますか？（具体的に記入ください。 _____）
- よく飲む飲み物はどのようなものですか？（水・お茶・ジュース・牛乳・スポーツドリンク・乳酸飲料
その他： _____）

- 朝食は食べますか？ 食べない 食べる（パン・米・その他： _____）

- スマートフォンやタブレットは1日何時間ほど見ますか？（ _____ 時間くらい）

- 習い事・部活はしていますか？ いいえ はい（ _____ ）

- お子様の性格を教えてください。（ _____ ）

■ お子様は次のような癖がありますか？（過去にあったものも含めて）

- なし あり（指しゃぶり・おしゃぶり・歯ぎしり・いびき・指をくわえる・唇を吸う・唇をかむ
爪をかむ・口がよく開いている・口呼吸・その他： _____）

- 寝る姿勢はどのような姿勢が多いですか？ 上向き 横向き うつ伏せ その他： _____

- はじめて歯が生えたのはいつですか？ わからない 生後 _____ ヶ月頃

- 風邪をひきやすいですか？ いいえ はい

Q6 治療のご希望について

- 回数がかかってもいいのでしっかり練習から始めてほしい 泣いたり暴れたりしても治療をしてほしい
- その他： _____

Q7 フッ素の塗布は希望されますか？ はい（最後は _____ 年 _____ 月） いいえ

■ よろしければ当院にお見えになった理由をお聞かせください。

- インターネット 知人の紹介（ _____ ） 他院の紹介（ _____ ）
- 自宅、職場に近いから その他（ _____ ）

■ その他ご要望などあればお聞かせください。