



ふりがな

患者氏名 性別:男・女 年齢: 才 か月

生年月日:平成 年 月 日 このお子様は 人兄弟の 番目

○呼び名、あだ名があれば教えてください ()

幼稚園・学校等の名前 ()

自宅電話番号 ()

携帯電話番号 ()

診療日・休診日・イベントなどのお知らせをメールにてご案内します。よろしければアドレスを教えてください。

()

以下の質問は診療を行っていくうえで大切な参考資料となります。プライバシーは厳守致しますので、できるだけ正確にご記入下さい。

○来院の理由(複数回答 可)

悪いところはすべて治したい・むし歯の治療・歯の痛み・歯ぐきの腫れ・金属を外したい・レジニアレルギーがある・歯並び相談・外傷・検診・予防したい

その他 ()

○当院をどのようにして知りましたか?(複数回答 可)

- 1、知人、家族の紹介(紹介者) 2、講演を聞いて
3、記事を読んだり、話を聞いて 4、インターネットを見て 5、看板を見て
6、医療機関からの紹介(医院名) 7、矢山クリニックの
ときからかかっていた

(ご紹介者の方にお礼状をお送りしてもいいですか? はい・いいえ

○歯科にかかるのは初めてですか? はい・いいえ (年 月以来)

○歯科治療で麻酔をしたことがありますか? はい・いいえ

○血が止まりにくいですか? はい・いいえ

○アレルギーがありますか? はい・いいえ

“はい”の方は(複数回答 可)

薬 () ・食べ物 ()

その他 ()

○全身的な病気、障害がありますか? はい・いいえ

“はい”の方は 病名 ()

通院医療機関 () 担当医 ()

○常用している薬はありますか?

はい () ・いいえ

○フッ素を使用したことがありますか? はい・いいえ

○出生時 自然分娩・帝王切開・その他 ()

○おやつについて

1、現在、家庭でどのようなおやつを多く与えていますか？(複数回答 可)

おせんべい、おにぎり、パン、果物、ケーキ、クッキー、アイス、アメ、ガム、チョコレート、その他 ()

2、家庭でどのような飲み物を飲んでいますか？(複数回答 可)

お茶、水、牛乳、乳酸飲料、100%ジュース、炭酸飲料などのジュース、その他 ()

3、甘いおやつや飲み物はいつ与えていますか？

- 1、与えていない
- 2、1日1回おやつの時間に与えている
- 3、1日に数回与えている

○歯磨きについて

1、いつ歯を磨きますか？(複数回答 可)

朝・昼・おやつ後・夕食後・就寝前
磨かない

2、仕上げ磨きをしていますか？ はい・いいえ

3、フロスは使っていますか？

- 1、使用している。
- 2、たまに、使用する
- 3、使用していない

○お子様の性格は？

神経質・のんびりしている・人見知りする・恐怖心が強い

○該当するものにチェックしてください。

口が開いている・爪を噛む・指をしゃぶる・歯ぎしりをする・食べるときくちやくちや音がする・姿勢が悪い・よく鼻が詰まる・鼻炎がある・中耳炎になりやすい・扁桃がよく腫れる・学校や幼稚園をよく休む・夜尿症・うつぶせ寝・横寝
その他 ()

○その他、治療にあたって伝えておきたいことがありましたらご記入下さい

ご協力ありがとうございました。