



ふりがな 氏名			愛称	
			血液型 A B O AB	
生年月日	平成 年 月 日 生	男・女	第 子	
住所	〒 (その他の連絡先 - -)			
	Tel () -			
家族構成 (同居者全員をご記入下さい)	お名前(ふりがな) 姓なしで結構です	生年月日	続柄・ご職業	
	1. ()	. .		
	2. ()	. .		
	3. ()	. .		
	4. ()	. .		
	5. ()	. .		
	6. ()	. .		

* 全身状態について (☑を入れてください)

- 今までに大きな病気や入院・手術をしたことがありますか？
□いいえ □はい(病名:)
- かかりつけの小児科・内科などがありますか？
□いいえ □はい(病院名:)
- 薬や食物などにたいしてアレルギーがありますか？
□いいえ □はい ()
- 最近一週間、抗生物質を飲みましたか？
□いいえ □はい (日前～ 日前まで)
- その他全身的になにかあればお書きください
()
- 現在通園(通学)している園(学校)名をお書きください。
(年 組)

* 歯科治療について (☑を入れてください)

- 来院理由をお聞かせください
□虫歯がある □痛い □歯ならびがきになる □虫歯予防 □健診・相談
□お口のけが □その他 ()
- 今までに歯科医院に行ったことがありますか？
□いいえ □はい(歯科医院名: 治療内容:)
- その時の治療はいかがでしたか？
□上手に出来た □嫌がった □泣いた □暴れた □わからない
- 本院をどのようにしてお知りになりましたか？
□医院を見て □インターネット □まわりの評判 □家族が来院中
□知人の紹介(紹介者のお名前) □その他
- お子様は自分の虫歯や歯ならびなどに関心を持って(気にして)いますか？
□いいえ □はい(具体的に:)
- 歯の治療について
□上手に受けられる □少し怖がり □泣くと思う □治療困難と思う
□治療を受けるのを喜んでいる □治療を受けるのを嫌がっている
□治療を受けるのは何とも思っていない □わからない
- お子さんの治療に対して保護者のあなたは？
□非常に心配 □少し心配 □心配していない □わからない
- 歯の治療は特に希望のない限り、治療計画に基づき全部の悪い歯を治療していきますが、それではよろしいでしょうか？
□はい □痛い歯だけ □その他 ()
□必要があれば矯正も希望する

その他、歯科治療を開始するにあたり担当医に知っておいて欲しいことや治療内容に関して希望があればお書き下さい
