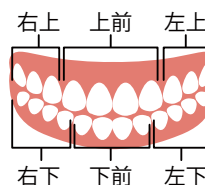


ふりがな					ご兄弟がいらっしゃる方
お名前	ニックネーム		兄 弟 姉 妹		
生年月日	性別	身長	体重		
西暦 年 月 日	生まれ 才	男・女	cm	kg	
保護者氏名	ご住所〒	自宅 Tel			
		携帯 Tel			
ご紹介者	当医院は何でお知りになりましたか？				
様		<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他			

どうなさいましたか？ 予防をしてほしい むし歯 痛む 歯並び

それはどこですか？(本人から見て)

右上	上前	左上
右下	下前	左下



いつからですか？ 今朝から 昨夜から それより前から

現在内科的な病気にかかっていますか？はい(病名：)

いいえ

現在毎日服用している薬はありますか？はい(薬の名前：)

いいえ

アレルギーはありますか？

はい(麻酔薬/抗生物質/鎮痛薬/金属/ゴム製品/キウイフルーツ)

いいえ

現在感染症にかかっている、もしくは疑いがありますか？

はい(B型肝炎/C型肝炎/HIV/その他)

いいえ

以前に大きなけがや病気をしたことがありますか？

はい()

いいえ

局所麻酔をしたことがありますか？ はい いいえ

その際に御気分がわるくなったことがありますか？

はい いいえ

主に昼間、接している人は誰ですか？ 母 父 祖父母 保育園に通っている
その他()

主に母乳でしたか？ミルクでしたか？ 母乳 ミルク 母乳とミルク混合
卒乳、断乳しましたか？ した(才 カ月)
まだしていない

間食はしていますか？何時ごろたべますか？

している ()時 ()時 ()時
していない

何をよく食べていますか？ ()
喉が渴いた時は何を飲みますか？()

歯磨きはいつしますか？ 朝 昼 夜 就寝前 その他()

歯磨きをしないで寝てしまう事はありますか？ よくある ときどきある
ほとんどない ない

仕上げ磨きはしていますか？ はい いいえ

歯磨き粉を使っていますか？何をつかっていますか？ 使っている(銘柄：)
使っていない

うがいはできますか？ できる できない

歯ブラシ・歯磨き粉以外の口腔ケアアイテムを使用していますか？

使っている(フロス/マウスリンス/フッ素洗口剤/その他：)
使っていない

歯科医院に通うのは初めてですか？

はじめて

通った事がある(前回の受診： 年 月ごろ)

その時の様子 (泣かなかった/泣いた/暴れて治療できなかつた/その他：)

指しゃぶりなどのクセはありますか？ ある()ない

フッ素の塗布は希望しますか？ 希望する 希望しない

当院では予約の前日にメールにて予約の確認をお送りするサービスを実施しております。

このサービスを希望されない方はチェックをお願いします。

その他治療に関してご希望がございましたらお書き下さい。