

ふりがな

なまえ

(男・女)

愛称:

くん・ちゃん についてお聞きます★



<プロフィール>

★年齢: 満 歳 ヶ月 (昭和・平成 年 月 日生)

★住所: 〒

★電話: ★保護者氏名

以下の質問について、治療の参考にさせていただきます。できるだけ正確にご記入ください★

- ① 本日はどうされましたか? .....
- ② 現在、お子様は他のお医者さんにかかっていますか? ( はい ・ いいえ )
  - ▶はい:どのような病気ですか? ( )
  - ▶飲んでいるお薬はありますか? ( ある ・ ない ) 飲んでいる薬 .....
- ③ 何かアレルギーはありますか? ( ある : ..... ・ ない )
- ④ 歯医者を受診したことがありますか? ( はい ・ いいえ )
  - ▶はい:その時は上手にできましたか? ( 上手にできた ・ 泣いたけどできた ・ できなかった )
  - ▶最後に受診したのはいつ頃ですか? ( .....日前 ・ .....カ月前 ・ .....年前 )
- ⑤ 何かクセはありますか?
  - ・指しゃぶり ・唇を{吸う・かむ} ・ほおすえ ・爪をかむ ・歯ぎしり ・タオルなどを噛める
  - ・いつまでも口の中に食べ物が残っている ・姿勢が悪い ・お口ポカン ・その他 ( )
- ⑥ 当院では、歯並びの相談も行っております。歯並びで心配事はありますか? ( はい ・ いいえ )
- ⑦ 歯を毎日磨きますか?( 毎日 ・ 気が向いた時 ・ 1日置き ・ ほとんど磨かない ・ その他( ) )
  - ▶いつ磨きますか?  
( 起きた時 / 食前:朝・昼・夕 / 食後:朝・昼・夕 / おやつの後 / 寝る前 / その他( ) )
  - ▶仕上げ磨きを行っていますか? ( はい ・ いいえ )
  - ▶補助器具を使用していますか? ( はい { フロス / 歯間ブラシ / ワンタフトブラシ } ・ いいえ )
- ⑧ 来院の動機
  - ・ { 知人 / 家族 / 他医療機関 } からの紹介 (ご紹介者名: )
  - ・ 通りすがり ・ インターネット等で見た ・ その他( )

▶魅力に感じたところ: .....
- ⑩当院では、虫歯を再発させない、虫歯をつくらない健口(けんこう)づくりのプログラムを行っています。
  - a: 健口プログラムのお話を聞いてみたい。
  - b: 健口プログラムを受けたい。
  - c: 歯の治療だけ希望 (※関連医院をご紹介させて頂く場合がございます。)