

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 (平成・令和 ..... 年 ..... 月 ..... 日生)

★住所：〒 .....

★ご連絡がしやすい電話番号： ..... ★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 ・タオルなどを咥える  
・いつまでも口の中に食べ物が残っている ・姿勢が悪い ・お口ボカン ・その他 ( ..... )

⑥ 当院では、歯並びの相談も行っております。歯並びで心配事がありますか？ ( 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・医療機関名： ..... )

・ 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。)