

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★

ハピカウ



<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 現在、ご家族で歯医者に行かれている方はいらっしゃいますか?

(父 ・ 母 ・ ご兄弟) ※ご兄弟の年齢 (.....) 才

⑥ 何かクセはありますか?

(指しゃぶり ・ 爪をかむ ・ 歯ぎしり ・ タオルなどを咥える ・ 姿勢が悪い ・ お口ポカン ・ その他)

⑦ 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)

⑧ 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)

⑨ 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。)