

予診表 (WEB)

フリガナ				性別	男 女	生年月日	昭平 年 月 日 (歳)
お名前	ニックネーム ()						
現住所	〒 -				電話	- -	
学校名		兄弟	1.いる 2.いない ご本人は ()		好きな キャラクター		
当院を知ったきっかけ	<ul style="list-style-type: none"> ご紹介 (ご紹介者様) 医院を直接見て インターネット 携帯サイト 情報誌や書籍 その他 () 						

次の事柄は、よりよい診療を行うための大切な資料となります。
継続的なお口の健康管理と適切なご指導および治療計画のご説明に役立てるため
該当する番号に○をつけてお答えください。

どうしましたか	1. 歯が痛い 2. 歯ぐきが痛い 3. つめ物がとれた 4. 検診 5. 予防・フッ素塗布 6. 歯並びの相談 7. その他 ()
次の病気で通院、または治療したことはありますか または、治療中ですか	1. 心臓 2. 肝臓 3. 腎臓 4. 胃腸 5. 中耳炎 6. 扁桃肥大 7. 喘息 8. いびき 9. その他病気、手術の既往歴 () 10. 虫歯の治療 (才頃)、歯科受診経験 有 (内容)
飲んでいるお薬はありますか	1. ある 病名 () 薬名 () 2. ない
アレルギーはありますか	1. ある (具体的に) 2. ない
歯磨きの習慣	1日 回 (1.朝 2.昼 3.夜) 保護者の仕上げ 1.ある 2.ない 歯磨剤の使用 1.ある 2.ない フッ素の使用 1.ある 2.ない
歯ブラシ以外の道具は	1. 使用しない 2. 使用する (具体的に)
間食について	1日 回くらい 好きなもの ()
気になる癖など がありますか	1. 指をしゃぶる 2. つめをかむ 3. 唇をかむ 4. はぎしり 5. 頬杖をつく 5. 口が開いている 6. その他 () 7. 特にない
よく飲むものは	1. 母乳 (才迄) 2. お茶 3. スポーツ飲料 4. ジュース 5. 他 ()
睡眠時間	1. 規則的 (約 時間) 2. 不規則 (約 時間)
診察に対してご希望がありましたらお書きください	

上記に関して相違なければ保護者様のご署名をお願いいたします。

年 月 日