予診表(WEB)

年　月　日

フリガナ お名前	ニックネーム （　　）	性別	男　女	生年月日	昭和　年　月　日（　歳）
現住所	〒　-			電話	ー　ー
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	ご紹介者　　様 ・医院を直接見て　・タウンページ　・チラシ　・インターネット ・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.
お手数ですが, 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（　　）
次の病気にかかったことはありますか	1. 心臓　2. 肝臓　3. 腎臓　4. 胃・腸　5.中耳炎 6. その他（　　）　7. 上記にかかったことはない
飲んでいるお薬はありますか	1. ある　病名（　　）　2. ない 薬名（　　）
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
間食について	1日　回くらい　好きなもの（　　）
気になる癖（くせ）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.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　2. お茶　3. スポーツドリンク　4. ジュース　5. その他（　　）
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.

あおぞら歯科クリニック
AOZORA DENTAL CLINIC