

# よしんひょう(こども)

ふりがな

- ・氏名 (男・女) おうちでの呼び名、愛称
- ・生年月日 年 月 日( 才 ヶ月)
- ・園・学校 ( )保育園・幼稚園・小学校・中学校 年生
- ・住所 〒 (TEL )

Eメールアドレス

ご家族のお名前	続柄	年齢	職業・学校

次の事項を知らせていただくことは、よりよい診療を行うための重要な資料となります。

お手数ですが、次の質問に○印をつけてお答え下さい。

- ・来院された理由をお聞かせください。

虫歯がある 痛みがある 歯並びが気になる お口のけが  
予防処置(フッ素塗布・シーラント・歯石取り・歯磨き指導)  
その他( )

- ・当院をどのようにしてお知りになりましたか?

近所だから 看板を見て HPを見て 紹介で( さん・ 医院・保健所)  
家族が通院している

紹介で来院していただいた方にお尋ねします。紹介して下さった方から当院について  
どのようなお話を聞いて来られましたか?

- ・今までに歯科医院に行ったことがありますか?

ない ある(歯科医院名: 治療内容: 最後に行ったのはいつ? )

- ・歯の治療についてお子様は

上手に受けられる 少しこわがり 泣くと思う 治療困難だと思う わからない

- ・歯の治療についてのご希望

痛い歯だけ 悪いところを一通り治療してほしい  
悪いところの治療だけでなく、予防処置、歯の健康管理もしてほしい

- ・今までに大きな病気や入院・手術をしたことがありますか?

ない ある(病名: いつ頃: )

- ・かかりつけの病院はありますか?

ない ある(病院名: )

- ・薬や食べ物などにアレルギーがありますか?

ない ある(具体的に )

- ・ご都合のよい診療予約時間、曜日に○印をつけてください。

月 火 水 木 金 土 AM PM いつでも来れる

歯科治療を行う上で担当医に知っておいてほしいこと、治療に関してのご希望、お口や歯に関して  
おたずねになりたいことなど、なんでもお書きください。

---

---

---

