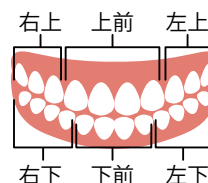


ふりがな	ご兄弟がいらっしゃる方
お名前.....	ニックネーム.....兄弟姉妹
生年月日	性別 身長 体重
西暦.....年 月 日生まれ.....才	男・女.....cm.....kg
保護者氏名	ご住所〒 自宅Tel
	携帯Tel
.....	
保育園・幼稚園・小学校.....	
ご紹介者	当医院は何でお知りになりましたか？
.....様	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他.....

どうなさいましたか？ 予防をしてほしい むし歯 痛む 歯並び

それはどこですか？(本人から見て)

右上	上前	左上
右下	下前	左下



いつからですか？ 今朝から 昨夜から それより前から

現在内科的な病気にかかっていますか？はい(病名：)

いいえ

現在毎日服用している薬はありますか？はい(薬の名前：)

いいえ

アレルギーはありますか？ はい(麻酔薬/抗生物質/鎮痛薬/金属/ゴム製品/キウイフルーツ)

いいえ

現在感染症にかかっている、もしくは疑いがありますか？

はい(B型肝炎/C型肝炎/HIV/その他)

いいえ

以前に大きなけがや病気をしたことがありますか？

はい()

いいえ

局所麻酔をしたことがありますか？ はい

いいえ

その際に御気分がわるくなったことがありますか？

はい

いいえ

おやつは毎日食べていますか？ はい いいえ
時間は決めていますか？ はい いいえ
どのくらいの時間ですか？ 10分以内 15分以上
30分以内 30分以上

主にどの様なものを食べますか？
クッキー おせんべい チョコレート 飴・グミ・キャンディ 手作りのおやつ 果物
一緒にどの様なものを飲みますか？
水 お茶 スポーツドリンク フルーツジュース 炭酸飲料 乳酸菌飲料
その他()
普段はどの様なものを飲みますか？
水 お茶 スポーツドリンク フルーツジュース 炭酸飲料 乳酸菌飲料
その他()

食事は3食きちんと食べていますか？ はい いいえ
大人と同じものを食べていますか？ はい いいえ
どのくらいの時間で食べ終わりますか？ 10分以内 15分以上
30分以内 30分以上

歯磨きは1日何回しますか？ 1回 2回 3回 4回以上
何分くらい磨きますか？ 1分 2分 3分 4分以上
仕上げ磨きはしていますか？ はい いいえ
歯ブラシ・歯磨き粉以外の口腔ケアアイテムを使用していますか？
使っている(フロス/マウスリンス/フッ素洗口剤/その他：)
使っていない
歯科医院に通うのは初めてですか？
はじめて
通った事がある(前回の受診： 年 月ごろ)
その時の様子 (泣かなかった/泣いた/暴れて治療できなかつた/その他：)

指しゃぶりなどのクセはありますか？ ある() ない
フッ素の塗布は希望しますか？ 希望する 希望しない

その他治療に関してご希望がございましたらお書き下さい。