

## 予 診 票 (小児用)



(ふりがな) お名前		年齢	ご予約の確認メール・お知らせメールご希望の方は メールアドレスをご記入ください	
生年月日	年 月 日生	男 ・ 女	才	
ご住所 〒			体重	保育園・幼稚園・小学校
TEL ( ) 携帯 ( )			kg	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物が取れた <input type="checkbox"/> 乳歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯科検診をしたい <input type="checkbox"/> クリーニングをしたい <input type="checkbox"/> 相談をしたし ( )	<input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる <input type="checkbox"/> フッ素をぬりたい <input type="checkbox"/> 学校検診の用紙をもらった ( )
次の病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 小児糖尿病 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> その他 (病名 )	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 自閉症
現在、飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る (薬品名: )	
歯科診療の経験はありますか	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 治療が受けられた <input type="checkbox"/> 嫌がって治療が受けられなかった <input type="checkbox"/> 検診のみ	
歯の麻酔注射を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る	
血が止まりにくかったことがありますか	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る	
薬や食物でアレルギー、じんましんを起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る (何で )	
現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 良 好 <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 悪 い	
治療の希望	<input type="checkbox"/> 痛いところだけ <input type="checkbox"/> 悪いところは全て	
当院に来院したきっかけは何ですか (複数可)	<input type="checkbox"/> 家が近所なので <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 広告を見て <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <small>お名前</small> ( )

治療にあたって何かご希望がありましたらお書きください