



ふりがな
患者氏名： _____ 呼び名： _____ 性別： 男・女

生年月日：平成____年____月____日 年齢：____歳____ヶ月

このお子様は____人兄弟の____番目 学校名・園名： _____

ご住所：〒 _____

お電話： _____ () _____ 保護者氏名： _____

Eメール： _____



※以下の質問は診療を行っていく上で大切な参考資料となります。
プライバシーは厳守致しますので、できるだけ正確にご記入ください。
該当する項目の□にチェック、もしくはご記入をお願いいたします。



- 当院をどのようにして知りましたか？（複数回答 可）
□近い □紹介（ _____ 様） □ホームページ □その他（ _____ ）
- 来院された理由（複数回答 可）
□検診 □虫歯の治療 □歯の痛み □歯ぐきの腫れ □歯並び □外傷
□歯がぐらぐら □フッ素塗布 □その他（ _____ ）
- 歯科にかかるのは初めてですか？ □はい □いいえ（いつ頃 _____ ）
- 歯科治療で麻酔をしたことがありますか？ □はい（異常あり・なし） □いいえ
- 歯科治療で歯を抜いたことがありますか？ □はい（異常あり・なし） □いいえ
- 小児科で現在治療中ですか？ □いいえ □はい（ _____ ）
- ご家庭でどのようなおやつを食べていますか？（複数回答 可）
□野菜 □小魚 □せんべい □菓子パン □スナック菓子 □和菓子 □クッキー
□チョコ □ガム □キャラメル □あめ □ケーキ □その他（ _____ ）
- 仕上げ磨きはしていますか？
□毎日している □時々している □していない
- ご家庭でフッ素は使用していますか？ □はい □いいえ
- 次のような癖はありますか？（複数回答 可）
□指しゃぶり □おしゃぶり □唇を噛む（巻き込む） □爪を噛む □舌を噛む
□布を噛む □歯ぎしり □くち呼吸 □その他（ _____ ）
- 治療についてご希望がありますか？
□痛いところ、困っているところだけ治療してほしい
□おうちの中全体を治してほしい
□その他（ _____ ）
- その他、聞きたいことがありましたら、ご記入ください。
（ _____ ）

