

小児歯科診療申し込み書

ふりがな	血液型;(A・B・O・AB) Rh (+ ・ -)
お名前;	(男・女) 平成 年 月 日生 歳
ご住所;〒 -	☎:() -
現在:()保育園、()幼稚園、()小学校、()中学校、	代筆保護者名()
今回当院をどのような方法でお知りになりましたか？(丸をお付けください)	
() 以前から知っていた	() インターネット
() 紹介された	() 通りすがり
様	
記入日 年 月 日	

これからお尋ねする内容は当院で診療をする上で非常に大切な事柄です。お答えが正確でないと診療に差し支えるだけでなく、あなたの身体に重大な問題が起きる場合がありますので、出来るだけ正確にお答えください。(該当する項目に印をつけるか直接ご記入ください。)

- 今回の来院目的は (歯が痛い) (歯がしみる) (歯が欠けた) (虫歯)
(歯肉が痛い) (歯肉が腫れた) (歯肉の出血・うみ)
(詰め物・被せ物が取れた) (噛み合わせが悪い) (歯の汚れ)
(フッ素を塗布して欲しい) (シーラントを塗布して欲しい)
(顎関節の具合が悪い) (歯並びが悪い) (乳歯を抜いて欲しい)
(健診で受診を勧められたから)
(その他)
- 治療をする場合 () 最初に申し出たところだけでよい
() 他にも悪いところがあれば診てほしい
() 詳しい説明を聞きたい
- 最近歯の治療をしたのは (年 月頃 歯科で)
(初めて) (わからない)
- 現在治療中の病気がありますか (無い) (ある) 病名 で
..... (病院・医院・クリニック) に通院中
- 現在服用中のお薬
- 次の病気をしたことがありますか？ (心臓や血管の病気) (高血圧症・低血圧症)
(糖尿病) (肝炎) (リュウマチ) (喘息) (腎臓病)
(肝臓病) (胃腸病) (呼吸器疾患) (結核) (HIV)
(ガン) (アレルギー) (その他)
- 以前に歯科治療で麻酔をして異常が有りましたか？ (あった) (なかった)
- 傷からの出血が止まりにくいことが有りましたか？ (あった) (なかった)

ご記入ありがとうございました。他に記入する事項がありましたら、下の余白に！