診療申込書 小児歯科

ご記入日　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	愛		生年	平・令　年　月　日
お名前		第　子	称		月日	（　歳　ヶ月）
住所						
電話番号	－　－		携帯電話	－　－		
マイナ保険証による情報取得に同意しますか	□ はい □ いいえ	当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証利用にご協力お願いいたします。				

お子様によりよい診察を行うために、お聞かせください。

1．家族兄弟姉妹の当院受診はありますか？	□はい（　さん）　□いいえ
2．今日はいかがされましたか？ （複数回答可）	□虫歯がある　□歯が痛い　□詰め物がとれた □歯並び　□予防処置（フッ素塗布、歯みがき指導） □乳歯がうまく抜けない　□歯をぶつけた □健診希望　□その他（　）
3．治療へのご希望	□痛いところだけ、むし歯だけ治して終わりたい □積極的な予防や定期健診を受けていきたい
4．今まで歯医者へ行ったことがありますか？	①ある（　歳ごろ） □治療してもらった　□薬を塗ってもらった　□健診をしてもらった □その他（　） →その時のお子様のご様子はどうでしたか？ □上手にできた　□泣いたけどできた　□暴れた □嫌がりできなかった　□その他（　） ②ない →歯の治療についてお子様の様子は？ □上手にできると思う　□嫌がると思う　□泣くと思う □泣き暴れると思う　□その他（　）
5．お子様が治療を上手にできない場合は？	□治療を優先してほしい　□治療を中断してほしい □状況に合わせて相談してほしい
6．何かご病気をお持ちですか？	□いいえ　□はい（病名　）
7．かかりつけの小児科、内科はありますか？	□いいえ　□はい（病院名　）
8．薬や食べ物などにアレルギーはありますか？	□ある（　）　□ない
9．何か癖はありますか？（複数回答可）	□ない　□指しゃぶり　□爪を噛む　□口を開けて寝る □唇をかんだり触ったりする　□その他（　）
10. 当院をどこで知りましたか？	□ 紹介(　様)□ インターネット□ 口コミ□ 近隣□ その他
11. 来院しやすい曜日時間帯はありますか？	□いつでも良い　□午前　□午後（　：　～　：　） 月・火・水・木・金・土

ひがし歯科クリニック　047－710－7150