

お子さまの診療申込書

No. _____ 平成 年 月 日

ふりがな：	生年月日 昭・平 年 月 日
氏 名：	電話
住 所：〒	
保護者氏名：	かかりつけの医院名
学校（幼稚園・保育園）名：	

■本日来院されたのは

- 検査をしたい
- 虫歯の治療をしたい
- 虫歯の予防処置をしたい
- 歯並びをなおしたい
- 痛みをとりたい（どのあたりですか：_____）

■お子様の健康状態はいかがですか？

- 良好 あまり良くない（具体的に：_____）

■お子様は歯の治療を受けたことがありますか？

- ない ある（_____）

■お子様は今までに大きな病気にかかったことがありますか？

- ない ある（_____）

■お子様にアレルギーや異常体質はありますか？

- ない ある（_____）

■薬や注射で異常がでたことがありますか？

- ない ある（_____）

■出血したとき、血が止まりにくかったことがありますか？

- ない ある（_____）

■お子様の性格や治療の時の態度を教えてください

■一日の歯磨きは

- 1回 2回 3回 その他

■その他に歯科医師、スタッフに伝えておきたいことがありましたらお書きください



ふじた歯科医院