



フリガナ		男女	生年月日	平成	年	月	日
お名前				(歳	ヶ月)
ご住所	〒		自宅電話	()	-	
			保護者電話	()	-	
保護者氏名			ご職業/勤務先				

お手数ですが該当する箇所の にチェックを付けてお答えください

どうなさいましたか？ (複数可)

歯が痛い 歯に穴があいた 詰めものがとれた

歯ぐきが腫れた・痛い 歯がグラグラ

検診希望 歯のクリーニング希望

フッ素塗布希望

シーラント(虫歯予防処置)希望

歯並び・噛み合わせが気になる

その他 ()

いつからですか？どこですか？

今日 ()日前 時々 その他

(右・左)側 (上・下)の (前歯・奥歯)

今のお体の状態について(複数可)

良好・普通 不調 発熱 ()℃

通院している (医院・病院)

薬を服用している ()

アレルギーがある ()

次の病気にかかった事がありますか？

喘息 血液疾患 心臓病 肝臓病

腎臓病 肺炎 その他()

歯磨きは1日何回ですか？

1日 ()回 (朝・昼・夜)

1回の時間は ()分くらい

仕上げ磨きを (している・していない)

歯ブラシ以外の清掃用品は

フロス 歯間ブラシ その他

睡眠時間は？

約 () 時間

今までの歯科治療の様子

嫌がらずにできた 暴れた・抵抗した

痛くない簡単な治療ならできた

初めてなのでわからない

治療が困難な場合について

押さえつけてでもやってほしい

無理なら治療を中止してほしい

治療方法(治療費)について

全て保険の範囲でいい

よい方法があれば保険外(自費)で

麻酔・抜歯で異常がありましたか？

特に異常はない

(麻酔・抜歯)で異常があった

具体的に ()

食生活習慣について

間食の取り方 いつ (午前・午後・夜)

規則正しい 不規則 あまりしない

食べているもの ()

習慣的飲料物 あり () なし

当院を何でお知りになりましたか？

医院を見て(通りすがり・看板など)

知人・友人の紹介 ホームページ

その他 ()

その他ご相談したいことがあれば、お書きください。