

# 診療申込書(小児歯科用)

令和 年 月 日

ふりがな  
お子様のお名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_歳

ふりがな  
保護者のお名前 \_\_\_\_\_ 小学校名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_  
ご住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## ご質問

下記の質問に出来るだけ正確にお答えください。

1. 本日はどうなさいましたか？

- 歯が痛い \_\_\_\_\_  虫歯を治したい  検診をして欲しい  
 シーラント・フッ素などの予防処置をして欲しい  歯並びの相談  その他 \_\_\_\_\_

2. 今までに歯の治療を受けたことがありますか？  ない  ある ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ)

3. 今までに歯の麻酔をしたことがありますか？

- ない  
 ある (麻酔をした際に異常はありましたか？  ない  ある 症状: \_\_\_\_\_)

4. 泣いたり、暴れたりなさったらどうしますか？  治療を止めて欲しい  泣いても治療を続けて欲しい

5. 担当するドクターについて

- 治療期間はかかってもよいので、できるだけ同じドクターに診て欲しい  
 ドクターは代わってもよいので、できるだけ早く治療を終えたい

6. 今までに大きな病気をしたことがありますか？  いいえ  はい 病名: \_\_\_\_\_

7. 現在、病気にかかっていますか？  いいえ  はい 病名: \_\_\_\_\_

8. 現在、服用中の薬はありますか？  ない  ある 薬名: \_\_\_\_\_

9. 特に過敏な薬はありますか？  ない  ある 薬名: \_\_\_\_\_

10. 食品アレルギーはありますか？  ない  ある 食品名: \_\_\_\_\_

11. 食事の最中に飲み物を与えていますか？  いいえ  はい 種類: \_\_\_\_\_

12. 自分で歯磨きをしていますか？  いいえ  はい ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 )

13. 仕上げ磨きはしていますか？  いいえ  はい ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 )

14. “くせ”はありましたか？  いいえ  はい {  指しゃぶりする  
 □で息をする  唇をかむ  
 その他: \_\_\_\_\_ }

15. その他、ご希望がございましたらご記入下さい { \_\_\_\_\_ }