

予 診 票

_____年____月____日

お子様のお名前 _____

年齢 _____歳_____か月

お子様の愛称 _____

記入者の御氏名 _____

お子様との続柄 _____

次の質問にお答えください。(相当するものに○印をお願いいたします)

1. ご来院の理由

- むし歯の治療をしてほしい
- 口腔内の検査をしてほしい
- 歯磨きの指導を受けたい
- フッ素塗布を受けたい
- 歯並びについて相談したい
- 歯石を取ってほしい
- その他(_____)

2. お子様は今までに歯科治療を受けたことがありますか。

- あり
- なし

3. (2で「あり」とお答えになった方へお聞きします)その時、治療をやらせましたか。

- やらせた
- いやがった
- やらせなかった

4. お子様の治療について、ご希望の事項はどれですか。

- いま痛んでいる歯の治療だけでよい。
- むし歯の治療はすべてしてほしい。
- むし歯の治療だけでなく、歯並びや歯の健康管理もしてほしい。
(むし歯のなりやすさを調べるテストがあります。興味のある方はお尋ねください。)

5. お子様が泣いたり暴れたりなさったらどうしますか。

- 治療をやめてほしい。
- 泣いても治療を続けてほしい。

6. (5で治療を続けてほしいとお答えになった方へお聞きします)

状況によっては抑制具の使用をご了承いただけますでしょうか。

- はい
- いいえ
- 説明を受けてから

(裏面にもご記入ください)

7. 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。
 ある(病名：) 歳のとき)
 ない
8. お子様は、現在お医者様にかかっていますか。
 かかっている()
 かかっていない
9. 食品や薬物に対してアレルギーはありますか。
 ある(食品名、薬品名：)
 ない
10. ご家族のなかで、歯科の注射や予防接種等を受けて何か異常がありましたか。
 あった()
 なかった
11. お子様には何か癖がありますか。
 あり (爪をかむ, 指をしゃぶる, 歯ぎしり, 唇を吸う,
爪をかむ, 指をくわえる, 乳首を長くくわえていた)
 なし
12. 本院をどの様に知りましたか。
 兄弟、姉妹がかかっている(担当医：)
 家族から聞いて
 知人から聞いて
 広告を見て
 ホームページを見て
 歯科医院からの紹介(医院名：)
 その他
13. ご希望の担当医がございましたらご記入ください。
(医員)
14. その他、お子様に関して歯科医に知らせておいた方がよいと思われることが
ありましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました。
朝日大学医科歯科医療センター 小児歯科