

予診票(小児)

記入日

年

月

日

ふりがな			生年月日	大正	昭和	平成	令和
お名前		男・女		年	月	日	()歳
ご住所	〒		連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 () <input type="checkbox"/> 携帯 ()			
LINEで予約日のお知らせを通知してもよろしいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> メール希望			当院を選ばれた理由	<input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> HPをみて <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 ※お名前 ()様			
メールアドレス			ご職業勤務先		診察担当 制の希望	あり	なし
ひらの歯科医院に通われていましたか				はい (診察券番号:) いいえ			
あなたのお困りは	歯 歯並び 口臭 顎関節 歯茎 歯の色(クリーニング その他) 検診 フッ素					なし	
どの部位ですか	全体 右下 右上 左下 左上 上の前歯 下の前歯 その他()					なし	
どのような症状ですか	<input type="checkbox"/> 何もしてなくても痛い <input type="checkbox"/> 噛んだ時に痛い <input type="checkbox"/> 口を開けるときに痛い <input type="checkbox"/> しみる(冷たいもの 熱いもの 甘いもの) その他()					なし	
いつごろからですか	今日 ()日前 わからない					痛くない	
何か病気をしたことはありますか	小児喘息 てんかん その他()					なし	
現在お薬は飲んでいますか?	病名: お薬:					なし	
アレルギーはありますか	ある () 食べ物: 薬: その他:					なし	
以前に治療をしたことはありますか	はい →問題なく行えた (風をかける 虫歯箇所を取る 水が出る道具 水を吸う道具)					いいえ	
保育園や学校でフッ素洗口していますか			はい		いいえ		
仕上げ磨きはしていますか			はい		いいえ		
フッ素入りの歯磨剤を使用していますか			はい		いいえ		
間食は決めた時間に食べていますか			はい		いいえ		
間食はなにを食べますか							
よく飲むのみものを教えてください			水 緑茶 麦茶 炭酸水 ジュース()				
治療についてご希望がありましたら教えてください							