

ふりがな 氏名 愛称：

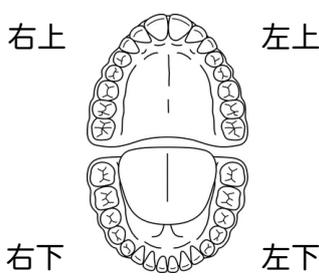
生年月日 年 月 日 (歳)

現住所 保護者連絡先 携帯 () 自宅 ()

※歯科治療は全身と深い関わりがあります。個人情報厳守致しますので詳しくお記入お願い致します。

- ★本日はどうされましたか
□歯が痛い・穴が開いている
□詰め物・被せ物が取れた
□歯肉が腫れている・出血する
□検査をしたい
□クリーニングやフッ素塗布したい
□矯正相談をしたい
□その他 ()

★どのあたりですか



★いつからですか (日前)

- ★痛みはありますか?
□はい □いいえ
□痛み止めを飲んでいる (お薬名:)

- ★現在どこかの病院にかかっていますか
□はい (病名:) (病院名:)
□いいえ

- ★現在飲んでいる薬はありますか
□はい (薬名:)
□いいえ
※お薬手帳をお持ちの場合は受付でご掲示ください

- ★あなたの体質は
□異常ない
□薬による異常がある
□抗生物質 □麻酔薬 □その他 ()
□アレルギー ()
□その他 ()

- ★歯科治療をしたことはありますか
□はい (定期検診・虫歯治療・予防処置) (いつ頃:)
□いいえ

- ★今までに歯科治療で異常はありましたか
□はい (具体的に:)
□いいえ

- ★歯磨きの習慣はついていますか?
□はい (朝・昼・夜)
□仕上げ磨きしている (母・父・その他:)
□いいえ

- ★間食はしますか?
□はい (1日 回くらい) (よく食べる物・飲む物:)
□いいえ

- ★治療を行う為に必要に応じて保護者様やスタッフが押さえて治療を行う場合があります。
□同意する (ご署名:)

- ★今後の治療は
□今気になる所だけで良い
□悪いところは全て治したい
□予防処置(フッ素・シーラント)をしたい

- ★歯科医院は何年ぶりですか
年 ヶ月ぶり
歯科医院名 () 治療途中・完治

- ★来院のきっかけは
□ご紹介 (ご紹介者様:) □Eパーク
□ホームページ □通りすがり

- ★その他ご希望・ご要望などありましたらご記入ください ()
すももデンタルクリニック