問　診　表　（　小　児　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男女　　　　　　 | 生年月日　（満　　　才）平　　令　　 　年　 　　月　 　　日 |
| お名前 |  |
| ご住所 | 〒 | 　お電話番号 　　　　(　　　　　)携帯番号　　　　 (　　　　　) |
| E-mail |  | **➥ご予約のお時間を事前** | **にお知らせいたしますので記載お願いします。** |

|  |  |
| --- | --- |
| キッズクラブに入られますか | □はい　　□いいえ　　 |
| どうなさいましたか | □歯が痛い（しみる　ズキズキ痛い　かむと痛い　その他）　 　□歯ぐきから血が出る　□歯ぐきがはれている　　 □口臭がある 　　□口の中にできものができた□検診してほしい　 　□歯ならびが気になる　　 □詰め物がとれた　　　□歯石をとりたい□大人の歯が生えてきた　　□その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　）⇒ それはどのあたりですか？ （　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　　 　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⇒ それはいつからですか？ （　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　　 　） |
| 当院をお知りになった理由は | □家族や知人からの紹介（紹介者のお名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　）□家/職場/学校が近い　□院前の看板を見て　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　 　)□ホームページを見た　→検索サイト□Google□Yahoo□その他 (　　　　　　 　 　 　 　)→検索キーワード(例：八千代 歯医者) ( 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　)→来院のキッカケ(例：雰囲気が良さそうだった)(　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　 ) |
| 前回、歯科医院を受診されたのは |  　約　　　　　　　年前　　 治療内容 (覚えている範囲で) → ( ) |
| 診療についてご希望があれば（できるだけそのことを配慮したいと思います）※複数選択可 | □来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい□お口の状態に合わせて最良のタイミング（順番）で治療をすすめたい□極端に“こわがり”なので注意してほしい□痛いところ、困っているところだけを治してほしい□治療だけでなくむし歯予防、歯肉炎予防などもしていきたい |
| 今までにかかった病気は 　現在飲んでいる薬は | □特になし　　□アレルギー（　　　　　　　　　）　　□アトピー　 □ぜんそく　□心臓病　　□内臓疾患　　□血友病　　□肝炎　　□その他(　　　　　　　　　　　　 　　）　お薬　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 次のようなことがありますか | □傷が化膿しやすい　 □ジンマシン、湿疹がでやすい　 □風邪をひきやすい　　□喘息がある□口内炎ができやすい　　□下痢しやすい　　□花粉症　　　□薬過敏（薬品名　 　　 ）□血が止まりにくい　　　□麻酔後に気分が悪くなるなど　　□その他（　　　　　　　 　 　） |
| その他気になることやご希望がございましたらご記入ください |   |

**～お子さまの保護者の方へ～**

**当院ではよほどのことがない限りムリヤリ治療をするようなことはしません。**

**なぜなら、歯医者に通いたくない方のほとんどは小さいときに苦い思い出があることが多いからです。**

**私たちは笑顔で自ら通いたくなるような医院を目指しています。**

**そのため、特にお子さまは雰囲気に慣れてから、必要な治療や予防に入りたいのです。**

**これからの長い一生、虫歯になりにくいお口の環境をつくるための一歩です。**

スマイルチェックシート