

# 小児歯科診療申込書

西暦 . . .

フリガナ 患者様氏名	愛称	ちゃん 男・女 くん
生年月日 (西暦)	年 月 日	満 さい
保護者住所	〒	自宅 携帯 ※当院から予約日時の確認でショートメールを送信させていただいております。受信したくない方は受付スタッフまでお声がけ下さい。
保護者氏名		

この記録は治療の参考にするものです。できるだけ正確にご記入ください。

☆お子様の今までの成長についてお伺いします。

- 1、今までお薬や食物に対してアレルギー反応を示されましたか。 なし  
あり( )
- 2、今まで次のような病気をされたことがありますか。  
アトピー性皮膚炎・自家中毒・ぜんそく・けいれん・てんかん・肺炎・肝臓の病気  
腎臓の病気・心臓の病気・血液の病気 かかりつけの医院( )
- 3、お子様は今までに歯科の治療を受けたことがありますか。 (なし・あり)
- 4、当院を選んだ理由をお聞かせ願えますか。  
・近所だから  
・人から聞いて 紹介者様( )  
・家族が来院してるから お名前( )  
・ホームページを見て  
・その他 ( )
- 5、最近の歯科健診で虫歯治療が必要であると指摘されましたか  
( はい ・ いいえ ・ 覚えていない )

## 日常生活について

- 1、お宅は共働きですか？ ( はい ・ いいえ ・ ひとり親 )
- 2、祖父母と同居していますか？ ( はい ・ いいえ )
- 3、お子様にいつ頃からアメなどの甘い味もしくは市販のお菓子を与えられましたか？  
(1歳ごろ ・ 2歳ごろ ・ 3歳ごろ)
- 4、お子様の歯をご両親が磨いてあげますか？ 1日 ( )回  
毎食後 ・ 朝食前 ・ 朝食後 ・ お風呂で ・ 寝る前 ・ すべて子供が磨く
- 5、お子様の治療についてご質問などございましたらご記入下さい。

