

予 診 票

_____年_____月_____日

お子様の氏名 _____ 男 ・ 女 _____ 年齢 _____ 歳 _____ か月

お子様の愛称 _____

記入者の氏名 _____ お子様との続柄 _____

身長 _____ c m 体重 _____ k g

次の質問にお答えください。(該当箇所には○および記入をお願い致します。)

1. ご来院の理由

- むし歯の治療をしてほしい
- 口の中の検査をしてほしい
- 歯磨きの指導を受けたい
- 予防処置を受けたい (フッ素塗布、シーラント 等)
- 歯並びについて相談したい
- 歯石をとってほしい
- お口の機能について相談したい
- 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。

ない ・ ある (いつ頃: _____)

そのとき治療を (やらせた ・ いやがったがやらせた ・ 泣いたりいやがったので中断した
暴れて中断した ・ できなかった)

歯科治療で局所麻酔を使ったことが (ある ・ ない ・ わからない)

3. お子様の治療についてご希望の事項はどれですか。

今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、歯並びや口の健康管理もしてほしい

4. 治療中にお子様は暴れたり泣い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 ・ 担当医の判断にゆだねる

5. (4で治療を続けてほしいとお答えになった方にお聞きします)

状況によってはやむをえず抑制具を使用することがありますが、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

6. お子様の全身状態についてお答えください。

現在、お医者様にかかっていますか。

いいえ ・ はい (病院名: _____ 病名: _____)

(裏面もご記入ください)

現在、おくすりをのんでいますか。

いいえ ・ はい (薬名: _____)

下記の病気にかかったことがありますか。

ない ・ 心疾患 ・ 腎疾患 ・ 血液疾患 ・ 肝疾患 ・ ぜんそく ・ 糖尿病
けいれん ・ その他 (_____)

今までに入院したことはありますか。

ない ・ ある (病名: _____ いつ頃: _____)

アレルギーがありますか。

ない ・ アトピー性皮膚炎 ・ 鼻炎 ・ じんましん
薬 ・ 食べ物 ・ 花粉症 ・ 動物 ・ ハウスダスト ・ その他 (_____)
(薬品名、食品名: _____)

けがをしてもすぐ血がとまりますか。 (とまる ・ とまりにくい)

言葉や発達について相談・指摘をうけたことはありますか。

ない ・ ある (具体的に: _____)

お子様やご家族のなかで、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。

なかった ・ あった (具体的に: _____)

7. お子様になにか癖がありますか。

ない ・ 現在はないが以前あった ・ ある
(爪をかむ ・ 指しゃぶり ・ 歯ぎしり ・ 唇を吸う ・ 口が開いている ・ 唇をかむ
指をくわえる ・ 乳首を長くくわえてた ・ その他: _____)

8. 本院をどのように知りましたか。

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 ・ 歯科医院からの紹介 (医院名: _____)
ホームページをみて ・ その他 (_____)

9. ご希望の担当医がございましたらご記入ください。 (_____ 医員)

10. その他、お子様に関して歯科医師に知っておいてほしいことや、ご希望などがありましたらお書きください。

11. こちらに記入していただいた内容は、お名前などの個人情報の分からない状態で臨床調査に使用させていただきますことがありますが、ご了解いただけますでしょうか。(はい ・ いいえ)

ご記入ありがとうございます。