

フリガナ お名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 愛称	生年月日(西暦)	年 月 日 歳 か月
メールアドレス	身長	cm	体重 kg
住所 〒 -	電話番号	自宅() - 携帯() -	
幼稚園・保育園 小学校名	家族構成	<input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> その他()	

* どうなさいましたか？(複数回答可)

- 歯が痛い 歯茎が腫れている 虫歯の治療をしてほしい 検診を受けたい
 歯並びを治したい フッ素を塗ってほしい その他()

* 今まで歯科医院を受診したことがありますか？

- ない ある ()か月前 歯科医院名()

* 今までにフッ素塗布を受けたことがありますか？(複数回答可)

- ない 歯科医院で→無料だった 有料だった 市の検診で
 購入し家庭で→商品名() その他()

* 現在、他の医院にかかっていますか？

- いない いる 病名() 病院名・担当医()

* 現在、お薬を飲んでいますか？

- いない いる 薬名()

* 今までに大きな病気になったことがありますか？

- ない ある ()歳の時 病名()

* 特異体質やアレルギーはありますか？

- ない かぶれやすい じん麻疹が出やすい 血が止まりにくい その他()
 薬 薬品名()

* 発達の面などで特別な配慮を必要とされますか？

- ない ある()

* お子様に癖はありますか？(複数回答可)

- 特にない 指をしゃぶる(いつ?) 歯ぎしりをする
 唇をかむ 爪をかむ タオルをかむ 舌を出す
 口が開いていることが多い 食べる時にこぼすことが多い
 下あごを出す 口で呼吸をする その他()

* おやつ・間食について

- ・時間を決めていますか？ いない いる 1日()回
 ・よく食べるもの、飲むものは何ですか？ ()

* ハミガキ粉は使用していますか？

- 使用していない 使用している
 その後うがいを している していない

* 当院をお知りになったきっかけは何ですか？(複数回答可)

- 近いから ホームページ 看板や建物を見て
 チラシ リーフレット 他医院からの紹介(医院)
 HUGHUG、HUGジュニ タウン情報岡山
 口コミ 紹介(紹介者名:)