

# 診療申込(小児用)

安心・安全な歯科診療を行う為に、以下の問いにお答え下さい。

フリガナ お名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 愛称	生年月日(西暦)	20	年	月	日
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"/> 兄( 歳)	<input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 姉( 歳)	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 弟( 歳)	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 妹( 歳)	<input type="checkbox"/> その他( )

\* 本日は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( )  
食品 食品名( )

\* 発達面について以下の診断がついていますか？

ない 発達障がい 自閉症スペクトラム 学習障がい 注意欠陥・多動性障がい

\* 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( )

\* 睡眠時や日中について以下の思い当たることはありますか？(複数回答可)

寝つきが悪い いびきをかく 息が止まることがある 口を開けて寝ている  
よく寝返りをうつ うつ伏せで寝る 寝汗をかく おねしょをする  
夜間よく目が覚める 起床時にぐずる 日中集中力がない 日中疲れている

\* 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: )

\* 同居されているご家族に、喫煙される方はいらっしゃいますか？

いない いる(父・母・祖母・祖父・その他 )

ご記入ありがとうございます。個人情報診療に関わる事のみを使用し、他の目的には使用しません。