

クローバーデンタル 診療申込書 小児

| | | | |
|------------|------|--|---------------|
| (フリガナ) | | | |
| お子様の 名前 | 保護者名 | 男 | 生年月日 (満 歳) |
| | | 女 | 明・大・昭・平 年 月 日 |
| ご住所 | 〒 | お電話番号 () 携帯番号 (緊急連絡先として) () | |
| 学校名 | | E-mail | |
| 園名 | | | |

| | |
|-------------------------------|--|
| 本日は、どうなさいましたか。 | <input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、ズキズキいたい、かむと痛い、はれた、その他) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 大人の歯が生えてきた <input type="checkbox"/> フッ素を塗りたい <input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 () |
| 当院をお知りになった理由はございますか。 | <input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> 駅看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> 雑誌を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他 () |
| 以前、歯科治療を受けられたことがございますか。 | <input type="checkbox"/> 当院で (年 月前) <input type="checkbox"/> 他院で (年 月前) |
| その時の感想は、ございますか。 | <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 () |
| 診療についてご希望があればご記入ください。 | <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング (相談) の時間を設けてほしい |
| 予約についてのご希望がおりますか | ・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 |
| 現在の健康状態は | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月) |
| 今までにかかった病気はございますか。 | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 内蔵疾患 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 次のようなことがおありですか。 | <input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンがやすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名:) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他 () |
| お子様の好きなキャラクターは？ | <input type="checkbox"/> ディズニー <input type="checkbox"/> あんぱんまん <input type="checkbox"/> 戦隊シリーズ <input type="checkbox"/> 車・電車 <input type="checkbox"/> おかあさんと一緒 <input type="checkbox"/> 妖怪ウォッチ <input type="checkbox"/> ポケモン <input type="checkbox"/> その他 () |
| 以前に歯を抜いたことがおありですか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒その時異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 () |
| その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい | () |

スマイル・チェックシート

1. おこさまの歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は_____本だと思う

2. おこさまのお口を、むし歯のない状態にしてあげたいですか？

はい いいえ

3. おこさまの歯をきれいに残すために、定期的に歯の

クリーニングを受けさせたいと思われませんか？

はい いいえ

その理由は？_____

4. おこさまの口もとが気になりますか？

はい いいえ

5. 口もとが気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて

鏡を見て 雑誌を読んで

6. いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2～3年前から 生まれた頃から

7. おこさまの次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石

歯茎が赤い はれている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間

歯並び

かぶせたものの色 かぶせたものの形

歯ぐきの色 歯ぐきの形

8. ご兄弟はいらっしゃいますか？

いる () いない

9. 食べ物をよく噛むことができますか？

はい わからないので説明して欲しい いいえ

10. 不自由なく、お話をすることができますか？

はい わからないので説明して欲しい いいえ

11. 歯ぎしりやくいしばる癖はおありですか？

はい わからないので説明して欲しい いいえ

12. 食べ物がはさまりやすい場所がおありですか？

はい わからないので説明して欲しい いいえ

13. 唾液検査を受けたことはおありですか？

はい わからないので説明して欲しい いいえ

14. 仕上げ磨きはさせてくれますか？

はい わからないので説明して欲しい いいえ

15. 食事やおやつの時間は決まっていますか？

はい わからないので説明して欲しい いいえ

16. フッ素についてご興味はおありですか？

はい わからないので説明して欲しい いいえ

17. 周囲の方で、お口のことでお困りの方はいらっしゃいますか？

はい ()

いいえ

18. 治療にあたり、何かご心配なことはおありですか？

はい ()

いいえ