

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ふりがな		性別	男	愛称	
名前			女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳)
住所	〒	自宅			— —
		携帯電話			— —
通われている保育園・幼稚園・小学校名				学年	年生

★当院ではご予約日の前日にショートメール(SMS)を送らせていただきます

当院を知ったきっかけ	当院に知人やご家族の方が通っている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「はい」の方 (お名前 様) <input type="checkbox"/> 建物をみて <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> インスタ <input type="checkbox"/> 近くだから
本日はどうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 紹介状がある <input type="checkbox"/> その他()
歯科は初めてですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いいえの方 ⇒ 年 月以来 虫歯治療をしたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
この1年間で歯科検診の受診はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いいえの方 ⇒ 年 月ごろ
歯科で麻酔を使用したことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(はいの方 ⇒ <input type="checkbox"/> よく効いた <input type="checkbox"/> 効きづらかった
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> 薬(薬名) <input type="checkbox"/> ヨード
現在他の医療機関に通院はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名) (通院医療機関名)
薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名 用量 投薬機関)
これまでに大きな病気にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名) (通院医療機関名)
好きなおやつ	好きな飲み物
おやつの時間	(時) (時) (時)
何かくせがありますか？ (現在→○、過去→△)	・爪をかむ・指しゃぶり・何か物をくわえる・歯ぎしり・口呼吸 ・ほおづえをつく・その他()
その他、伝えたいこと、ご希望などがございましたら、ご記入ください	