

小児歯科 予診表

初診 ・ 再診

年 月 日

下記の項目についてできるだけ正確にご記入ください。
ご記入いただいた個人情報は、厳重に管理させていただきます。

ふりがな	男・女	生年月日
お名前		年 月 日
〒		TEL(自宅)
ご住所		
保護者 氏名	(続柄)	TEL(携帯)

どうなさいましたか (詳しくご記入ください)	(例) 右上の奥にむし歯ができた、歯の検診がしたい、フッ素を塗りたい、歯並びが気になる
お子さまは今までに歯の治療 を受けたことがありますか	ない / ある 治療できた ・ 嫌がったが治療できた ・ 治療できなかった
麻酔や歯を抜いたことがあり ますか またそのときに異常 はありましたか	異常なかった ・ 麻酔をしたことがない ・ 歯を抜いたことがない 気分が悪くなった ・ 血がなかなか止まらなかった 痛みが続いた ・ 腫れた ・ その他()
予防接種を受けたことが ありますか	ない / ある
今までにおおきな病気にか かったことがありますか	ない / ある 病名(年齢 才のとき)
現在病院にかかって いますか また飲んで いる薬はありますか	いいえ / はい 病名() 薬名()
食物・薬物・金属やゴムなど アレルギーまたは特異体質 などはありますか	ない / ある ぜんそく ・ じんましん ・ かぶれやすい アレルギー() その他()
お子さまの治療について ご希望はございますか	応急処置のみ ・ 痛いところだけ治したい ・ 悪いところすべて治したい お口の健康管理もしてほしい(歯ブラシ指導 ・ 定期健診 ・ 歯並びのチェック)
フッ素塗布を希望されますか	希望する ・ 希望しない
どのようにして当院を お知りになりましたか	家や職場が近い ・ 看板を見て ・ 家族が通っている 友人や知人の紹介 ・ 他の医院や医師に紹介された ・ ホームページを見て ご紹介者や医院名(様)
治療についてのご要望や 質問などがありましたら ご記入ください	



医療法人社団 未来会 アツギトレリス歯科

厚木市戸室5-31-1 アツギトレリス3F

TEL 046-225-8577 FAX 046-259-5656

